

56.º CONSEJO DIRECTIVO

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

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

Punto 8.22 del orden del día provisional

CD56/INF/22

31 de agosto del 2018

Original: inglés/español

INFORMES DE PROGRESO SOBRE ASUNTOS TÉCNICOS

CONTENIDO

A.	Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer: Informe de progreso	2
B.	Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia: Examen de mitad de periodo	12
C.	Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana: Examen de mitad de período.....	20
D.	Plan de acción sobre resistencia a los antimicrobianos: Examen de mitad de período.....	29
E.	Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales: Examen de mitad de período.....	41
F.	Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis: Examen de mitad de período.....	54
G.	Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021: Examen de mitad de período.....	64
H.	Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020: Examen de mitad de período.....	76
I.	Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021: Informe de progreso	87
J.	Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso	91
K.	Situación de los centros panamericanos	94

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

A. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD PARA ABORDAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: INFORME DE PROGRESO

Antecedentes

1. En reconocimiento de la importancia de la función del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer, en octubre del 2015 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer 2015-2025* (documento CD54/9, Rev. 2) (1). La finalidad del presente documento es informar a los Cuerpos Directivos de la OPS acerca del progreso logrado hacia la implementación de la estrategia y plan de acción, que ofrece una hoja de ruta para que los sistemas de salud participen en una iniciativa multisectorial destinada a prevenir la violencia contra la mujer y a responder a ella en la Región de las Américas. Este informe se fundamenta en un examen de la bibliografía gris y la publicada, así como en consultas con los Estados Miembros. Asimismo, se aprovecha la información recopilada durante las actividades de cooperación técnica emprendidas desde la aprobación de la estrategia y plan de acción.

2. La Región de las Américas fue la primera de las regiones de la OMS donde las autoridades de más alto nivel aprobaron un marco de acción acerca de la violencia contra la mujer. Posteriormente, en mayo del 2016, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el *Plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud dentro de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general* (2), que está en plena consonancia con la estrategia y plan de acción de la OPS. Las medidas propuestas en ambos documentos tienen como finalidad brindar apoyo a los esfuerzos de los países para alcanzar la meta 5.2 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5, en la que se hace un llamamiento para la eliminación de todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas. De hecho, la aprobación de mandatos tanto a nivel regional como mundial ha contribuido al aumento de las solicitudes de apoyo presentadas por los Estados Miembros para abordar la violencia, en especial la violencia contra las mujeres y contra los niños y niñas.

3. La violencia contra la mujer afecta a una de cada tres mujeres en la Región de las Américas y puede tener consecuencias profundas y duraderas en la salud de las sobrevivientes, como las lesiones físicas, el embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH/sida) y una amplia gama de resultados negativos en materia de salud mental, como ansiedad, depresión y un aumento del riesgo de suicidio (3, 4). La violencia durante el embarazo ha sido asociada con un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo, como aborto espontáneo, parto prematuro y peso bajo al nacer (3, 5). Además, la violencia contra la mujer tiene consecuencias negativas importantes en los niños y las niñas. La evidencia indica que las consecuencias sociales y de salud a largo plazo de la exposición de los niños y las niñas a la violencia infligida por el compañero íntimo contra la madre son similares a las consecuencias de la negligencia y

el maltrato infantil físico y emocional (5-8). Por ejemplo, la exposición durante la niñez a la violencia infligida por el compañero íntimo se ha vinculado con tasas mayores de mortalidad en menores de 5 años, así como con un mayor riesgo de perpetrar o sufrir violencia contra la mujer en etapas posteriores de la vida (4).

Análisis del progreso alcanzado

4. Las líneas estratégicas de la estrategia y plan de acción de la OPS fortalecerán: *a)* la disponibilidad y el uso de la evidencia; *b)* el compromiso político y financiero para abordar la violencia contra la mujer en los sistemas de salud; *c)* la capacidad de los sistemas de salud para responder a la violencia contra la mujer, y *d)* el papel de los sistemas de salud en la prevención de la violencia contra la mujer. Como se muestra en el cuadro más adelante, se han logrado progresos en la mayoría de los objetivos, aunque en algunas áreas se han registrado más avances que en otras. Los países han progresado significativamente en sus esfuerzos destinados a fortalecer los procedimientos operativos estandarizados a nivel nacional y a preparar al personal de los servicios de salud para abordar la violencia contra la mujer (los objetivos 3.1 y 3.2 de la estrategia y plan de acción), áreas en las que la OPS ha prestado cooperación técnica sustancial. Asimismo, se ha avanzado mucho para hacer que los servicios de salud de urgencia estén disponibles para las sobrevivientes de violación. Se ha observado cierto progreso en el número de países que ha generado estimaciones representativas a nivel nacional de la prevalencia de la violencia sexual y de pareja contra la mujer, aunque solo ocho países han efectuado encuestas sucesivas que permitan el análisis de las tendencias. Sin embargo, subsisten retos importantes en cuanto a la calidad y la comparabilidad de los datos. Por último, se han logrado pocos avances para conseguir que los presupuestos de salud incluyan financiamiento destinado a apoyar las iniciativas del sistema de salud que abordan la violencia contra la mujer. De hecho, si se consideran la magnitud de la violencia contra la mujer en la Región de las Américas y la amplitud de los efectos adversos que esta tiene sobre la salud de las mujeres y sus hijos, el financiamiento de este ámbito de trabajo lamentablemente sigue siendo insuficiente.

5. De acuerdo con lo solicitado por los Estados Miembros, la OPS ha prestado importante apoyo a las iniciativas para fortalecer la capacidad del sistema de salud a fin de responder a la violencia contra la mujer. La Oficina ha elaborado orientación normativa basada en la evidencia con el propósito de brindar apoyo a la formulación de políticas y protocolos nacionales; además, ha organizado talleres regionales, subregionales y nacionales para el fortalecimiento de las capacidades de los prestadores de atención de la salud. Por otro lado, la OPS está respaldando la preparación de los planes de estudio de dos cursos de capacitación para los prestadores de servicios de salud. Por último, la OPS finalizó un análisis comparativo de las estimaciones de prevalencia de la violencia contra la mujer para la Región.

Línea estratégica de acción 1: Fortalecer la disponibilidad y el uso de datos científicos sobre la violencia contra la mujer		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Situación
1.1 Aumentar la recopilación y la disponibilidad de datos epidemiológicos y de servicios relacionados con la violencia contra la mujer	1.1.1 Número de Estados Miembros que en los cinco últimos años han realizado estudios de población representativos a nivel nacional sobre la violencia contra la mujer (o que han incluido un módulo sobre la violencia contra la mujer en otras encuestas demográficas o de salud) Línea de base (2015): 14 Meta (2025): 22	Un total de 18 países de la Región ha efectuado encuestas sobre la violencia contra la mujer en los cinco últimos años. Están en marcha encuestas adicionales, con una concentración particular en el Caribe, donde hasta la fecha, se ha observado una escasez de datos acerca de la prevalencia de la violencia contra la mujer.
	1.1.2 Número de Estados Miembros que en los cinco últimos años han realizado estudios de población representativos a nivel nacional sobre la violencia contra la mujer (o que han incluido un módulo sobre la violencia contra la mujer en otras encuestas demográficas o de salud) que incluyen un análisis de prevalencia de la violencia contra la mujer en diferentes grupos étnicos/raciales Línea de base: 2 Meta: 10	Actualmente, nueve países han incluido un análisis de la violencia contra la mujer en los distintos grupos étnicos y raciales en sus estudios poblacionales representativos a nivel nacional realizados en los cinco últimos años. En algunos casos, los países recopilan datos que permitirían un análisis de las estimaciones de la prevalencia por etnia y raza, pero no hacen este tipo de análisis. Otros cinco países tienen estimaciones de la prevalencia de la violencia contra la mujer desglosados por etnia y raza, pero que fueron realizados hace más de cinco años. Subsisten los retos metodológicos asociados con la medición de las variables de etnia y raza y, por ende, los datos obtenidos no suelen ser comparables entre los distintos entornos.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Situación
	<p>1.1.3 Número de Estados Miembros que pueden proporcionar datos sobre homicidios, desglosados por edad, sexo y relación de la víctima con el agresor</p> <p>Línea de base (2015): 9 Meta (2025): 15</p>	<p>No se han logrado avances en este indicador, ya que solo nueve países actualmente pueden suministrar datos sobre homicidios, desglosados por edad, sexo y relación de la víctima con el agresor. Unos pocos países pueden suministrar estos datos previa solicitud, pero los datos sobre homicidios no se desglosan de esta manera sistemáticamente. Otros países pueden suministrar la cifra de homicidios desglosada por sexo, pero no recopilan con regularidad la información acerca de la relación entre la víctima y el agresor, que se necesita para determinar la magnitud del femicidio/feminicidio cometido por la pareja, una forma de violencia contra la mujer considerada como sumamente prevalente en la Región de las Américas.</p>

Línea estratégica de acción 2: Fortalecer el compromiso político y financiero para abordar la violencia contra la mujer en los sistemas de salud

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>2.1 Fortalecer las políticas y los planes nacionales y subnacionales para abordar la violencia contra la mujer en los sistemas de salud</p>	<p>2.1.1 Número de Estados Miembros que han incluido la violencia contra la mujer en sus planes o políticas nacionales de salud</p> <p>Línea de base (2015): 18 Meta (2025): 35</p>	<p>En el 2017, 20 países incluían la violencia contra la mujer en sus planes o políticas nacionales de salud. En la mayoría de estos planes, se reconoce la violencia contra la mujer como un determinante de resultados desfavorables de salud, y se la aborda en los objetivos y actividades estratégicos para la salud.</p>

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
	<p>2.1.2 Número de Estados Miembros cuyos presupuestos nacionales de salud contemplan una o más asignaciones presupuestarias específicas para apoyar la prevención y respuesta a la violencia contra la mujer</p> <p>Línea de base (2015): 4 Meta (2025): 10</p>	<p>Ha habido un progreso mínimo en este indicador y actualmente 5 países tienen asignaciones en su presupuesto nacional de salud para abordar la violencia contra la mujer. Sin embargo, en otros países los mecanismos nacionales para la promoción de la mujer (como los ministerios de la mujer) han asignado financiamiento en sus presupuestos para mejorar la respuesta del sector de la salud a las sobrevivientes de la violencia contra la mujer.</p>
	<p>2.1.3 Número de Estados Miembros que han establecido una unidad o más unidades o puntos focales responsables de la violencia contra la mujer adscritos al ministerio de salud</p> <p>Línea de base (2015): 4 Meta (2025): 10</p>	<p>Se han logrado avances considerables en este indicador, ya que 10 países de la Región tienen en la actualidad una unidad o punto focal en el ministerio de salud que se ocupa del problema de la violencia contra la mujer. Aunque no es un indicador en esta estrategia y plan de acción, algunos países tienen un punto focal en un ministerio diferente o como una entidad independiente. Algunas de estas entidades cuentan con la participación del ministerio de salud.</p>
<p>2.2 Aumentar la participación del sistema de salud en los planes, políticas y coaliciones multisectoriales para abordar la violencia contra la mujer</p>	<p>2.2.1 Número de Estados Miembros que cuentan con un plan nacional o multisectorial sobre la violencia contra la mujer que incluye al sistema de salud, según el estado del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ en fase de formulación; ▪ en fase de ejecución <p>Línea de base (2015): 13 Meta (2025): 20</p>	<p>En este indicador se han logrado avances significativos y se ha superado la meta. Actualmente, 21 países tienen un plan nacional o multisectorial para abordar la violencia contra la mujer que incluye al sistema de salud. Sin embargo, en varios casos, en estos planes no se especifica la función de los sistemas de salud y persisten retos importantes en cuanto a la puesta en práctica real de los planes existentes.</p>

Línea estratégica de acción 3: Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para prestar una atención y apoyo eficaces a las mujeres que son víctimas de la violencia por parte de la pareja o que han sufrido violencia sexual		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
3.1 Fortalecer los procedimientos operativos nacionales (protocolos, directrices) para prestar atención y apoyo seguros y eficaces a las mujeres que sufren violencia infligida por el compañero íntimo o violencia sexual	3.1.1 Número de Estados Miembros que cuentan con procedimientos operativos, protocolos o directrices nacionales relativos a la respuesta de los sistemas de salud a la violencia de pareja, que estén en consonancia con las directrices de la OMS (10, 11). Línea de base (2015): 6 Meta (2025): 15	En el 2017, 14 países cumplieron con este indicador.
	3.1.2 Número de Estados Miembros que prestan servicios integrales de atención posviolación en servicios de urgencia, que estén en consonancia con las directrices de la OMS (10, 11). Línea de base (2015): 2 Meta (2025): 15	En el 2017, 13 países prestaron servicios de atención posviolación en los servicios de urgencia, en consonancia con las directrices de la OMS.
3.2 Aumentar la capacidad de los profesionales de la salud para responder a la violencia contra la mujer	3.2.1 Número de Estados Miembros que han incluido el tema de la violencia contra la mujer en sus procesos de educación continua para los profesionales de la salud. Línea de base (2015): 2 Meta (2025): 10	En el 2017, cinco países cumplieron con este indicador. Hay un reconocimiento mayor de la necesidad de preparar a los prestadores de atención de salud para identificar a las sobrevivientes y prestarles la atención apropiada; sin embargo, la capacidad regional para impartir capacitación sobre violencia contra la mujer sigue siendo limitada. La OPS está ayudando a subsanar esta brecha.

<i>Línea estratégica de acción 4: Fortalecer el papel de los sistemas de salud en la prevención de la violencia contra la mujer</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
4.1 Fortalecer la participación y el compromiso del sistema de salud en los esfuerzos de prevención de la violencia contra la mujer	4.1.1 Número de Estados Miembros que cuentan con una coalición o grupo de trabajo multisectorial para coordinar los esfuerzos de prevención de la violencia contra la mujer y que incluya la participación del ministerio de salud Línea de base (2015): 3 Meta (2025): 10	Se han logrado avances considerables con respecto a este indicador y se superó la meta. Actualmente, 21 países han implantado un mecanismo multisectorial para coordinar las medidas sobre la violencia contra la mujer que incluye la participación del ministerio de salud.
	4.1.2 Número de Estados Miembros que tienen un plan nacional o multisectorial para abordar la violencia contra la mujer (que incluye al sistema de salud) que propone por lo menos una estrategia para prevenir la violencia contra las mujeres, por tipo de estrategia Línea de base (2015): 0 Meta (2025): 10	En el 2017, 17 países tenían estrategias vigentes para prevenir la violencia contra la mujer. Cabe observar, sin embargo, que esas estrategias no siempre abordan las intersecciones entre las diferentes formas de violencia (por ejemplo, las intersecciones entre la violencia contra la mujer y la violencia contra los niños y las niñas), lo cual puede conducir a fragmentación y, posiblemente, a que se reduzca la eficacia.

Medidas necesarias para mejorar la situación

6. Habida cuenta del progreso descrito anteriormente, las medidas necesarias para mejorar la situación son las siguientes:
- a) Seguir aumentando la disponibilidad, la calidad, la comparabilidad y la utilización de los datos epidemiológicos sobre la violencia contra la mujer, en particular la disponibilidad de datos acerca de las tendencias y estimaciones de prevalencia para los grupos en situaciones de vulnerabilidad debido a su etnia o raza, discapacidad, u otra condición.
 - b) Fortalecer la capacidad de los investigadores y de los institutos nacionales de estadística para hacer investigaciones acerca de la violencia contra la mujer que se rijan por las recomendaciones éticas y metodológicas internacionales.

- c) Seguir aumentando la capacidad de los prestadores de atención de salud para responder de manera compasiva y eficaz a las sobrevivientes de la violencia contra la mujer, incluso por medio de la búsqueda de oportunidades para integrar el tema de la violencia contra la mujer en la educación universitaria de las profesiones de atención de salud.
- d) Asegurarse de que los métodos anticonceptivos de urgencia formen parte de una respuesta integral de los servicios de salud para las sobrevivientes de violación.
- e) Promover la asignación de recursos, en particular dentro de los presupuestos de salud, compatibles con la magnitud de la violencia contra la mujer y la naturaleza de amplio alcance de sus consecuencias para la salud pública y otros ámbitos.
- f) Seguir reforzando la evidencia acerca de las numerosas maneras en que la violencia contra la mujer interactúa con otras formas de violencia, en particular con la violencia contra los niños y las niñas, y elaborar estrategias para abordar estas formas de violencia de manera integrada, cuando corresponda.

Intervención del Consejo Directivo

- 7. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota de este informe de progreso y proporcione las observaciones que considere pertinentes.

Referencias

- 1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2015 (documento CD54/9, Rev. 2) [consultado el 12 de febrero del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31545&Itemid=270&lang=es
- 2. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general [Internet]. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 23 al 28 de mayo del 2016; Ginebra: OMS; 2016 (resolución WHA69.5) [consultado el 12 de febrero del 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-sp.pdf

3. Organización Mundial de la Salud (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas); Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 7 de julio del 2018]. 51 p.
Resumen en español disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?sequence=1
Publicación completa en inglés disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
4. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza J. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries [Internet]. Washington (DC): OPS; 2012. [consultado el 11 de marzo del 2018]. 156 p. Disponible en inglés en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19825&Itemid=270&lang=en
5. Han A, Stewart D. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2014 Jan [consultado el 3 de julio del 2018];124(1):6-11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24182684>
6. Wood SL, Sommers MS. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* [Internet]. Noviembre del 2011 [consultado el 3 de julio del 2018];24(4):223-236. Disponible en inglés en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6171.2011.00302.x/abstract;jsessionid=1277E8679A5AECA0B2238F4DE6032087.f04t03>
7. MacMillan HL, Wathen CN. Children's exposure to intimate partner violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2014 [consultado el 3 de julio del 2018] 23(2):295-308. Disponible en inglés en:
[http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(13\)00112-0/abstract](http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(13)00112-0/abstract)
8. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2003 [consultado el 3 de julio del 2018];71(2):339-352. Disponible en inglés en:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.208.6823&rep=rep1&type=pdf>

9. Garoma S, Fantahun M, Worku A. The effect of intimate partner violence against women on under-five children mortality: a systematic review and meta-analysis. *Ethip Med J* [Internet]. Octubre del 2011 [consultado el 3 de julio del 2018];49(4):331-339. Resumen disponible en inglés en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23409398>
10. Organización Panamericana de la Salud. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2014 [consultado el 12 de febrero del 2018]. Resumen en español disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1.
Publicación completa en inglés disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
11. Organización Panamericana de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. [Internet]. Washington, DC: OPS; 2016 [consultado el 12 de febrero del 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1>

B. PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA: EXAMEN DE MITAD DE PERIODO

Antecedentes

1. El propósito de este documento es informar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acerca del progreso en la ejecución del *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* para el período 2014-2019, aprobado por el 53.º Consejo Directivo de la Organización en octubre del 2014 (documento CD53/9, Rev. 2, y resolución CD53.R13) (1, 2). El objetivo general del Plan es detener el avance de la epidemia de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Esto requiere aplicar un enfoque multisectorial que abarque la totalidad del curso de la vida, basado en el modelo socioecológico y centrado en transformar el ambiente obesogénico actual en oportunidades para promover un mayor consumo de alimentos nutritivos y un aumento de la actividad física (1).

Análisis del progreso alcanzado

2. Al final del tercer año de ejecución, se han logrado avances en los indicadores del Plan, como se muestra en el resumen a continuación. Para evaluar el progreso, se recopiló información acerca de los indicadores hasta el 31 de diciembre del 2017. Las fuentes para determinar el avance de los países fueron las siguientes: la base de datos mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la aplicación de medidas nutricionales (GINA, por su sigla en inglés), los informes de la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi, por su sigla en inglés), el examen mundial sobre políticas nutricionales (GNPR, por su sigla en inglés) de la OMS, la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS, por su sigla en inglés), el instrumento de análisis de la capacidad de los países en materia de enfermedades no transmisibles (NCD CCS, por su sigla en inglés) de la OMS, y la base de datos de la Red de Ciclovías Recreativas de las Américas (CRA). Adicionalmente, se recopilaron documentos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), de la Organización Panamericana de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de los puntos focales de la OPS. Por último, se buscaron por internet documentos gubernamentales relacionados con los objetivos del plan.¹

¹ Se puede acceder a información más completa y específica acerca del proceso de evaluación en la página web del plan de acción:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11373&Itemid=41740&lang=es.

<i>Línea de acción estratégica 1: Atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
1.1 Incluir en los servicios de atención de salud la promoción de la alimentación saludable según las guías alimentarias nacionales basadas en los alimentos, así como otras actividades relacionadas con la prevención de la obesidad	1.1.1 Número de países con servicios de atención primaria de salud que han incorporado actividades de prevención de la obesidad dirigidas a las familias, tales como la promoción de la alimentación saludable y de la actividad física Línea de base: 1 en el 2014 Meta: 10 en el 2019	9 países disponían de herramientas clínicas que incorporan actividades de prevención de la obesidad dirigidas a las familias, como la promoción de la alimentación saludable y de la actividad física en sus servicios de atención primaria de salud.
1.2 Fortalecer los esfuerzos para aplicar la <i>Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño</i>	1.2.1 Número de países que regularmente (al menos cada tres años) publican los resultados del seguimiento de la aplicación del Código [Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y resoluciones posteriores] Línea de base: 5 en el 2014 Meta: 15 en el 2019	1 país ha publicado regularmente los resultados del seguimiento de la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y resoluciones posteriores. 4 países que fueron parte de la línea de base no realizaron el seguimiento de la aplicación del Código con la periodicidad establecida.
	1.2.2 Número de países que tienen al menos 50% de los servicios de salud materna certificados como IHAN ² Línea de base: 0 en el 2014 Meta: 5 en el 2019	4 países informaron que al menos 50% de los servicios de salud materna habían sido certificados o recertificados como IHAN en los últimos cinco años.

² Iniciativa Hospital Amigo del Niño.

<i>Línea de acción estratégica 2: Mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>2.1 Lograr que los programas nacionales de alimentación escolar, así como los sitios de venta de alimentos y bebidas en las escuelas, cumplan con las normas o reglamentaciones que promueven el consumo de alimentos saludables y de agua, y restrinjan la disponibilidad de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional</p>	<p>2.1.1 Número de países que tienen programas nacionales o subnacionales de alimentación a nivel escolar que satisfagan las necesidades nutricionales de niños y adolescentes y que estén en consonancia con las guías alimentarias nacionales basadas en los alimentos</p> <p>Línea de base: 3 en el 2014 Meta: 12 en el 2019</p>	<p>18 países disponían de un programa de alimentación escolar coherente con las guías alimentarias nacionales o los requerimientos nutricionales de macronutrientes, o proveen listas de alimentos saludables para la elaboración de los menús escolares.</p>
	<p>2.1.2 Número de países en los que por lo menos 70% de las escuelas que cuentan con normas o reglamentos para la venta de alimentos y bebidas (alimentos competidores) que promueven el consumo de alimentos saludables y de agua, y que restrinjan la disponibilidad de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional</p> <p>Línea de base: 8 en el 2014 Meta: 16 en el 2019</p>	<p>15 países disponían de normas o reglamentos para la venta de alimentos y bebidas (alimentos competidores), que promueven el consumo de alimentos saludables y de agua, o que restringen la disponibilidad de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.</p>
	<p>2.1.3 Número de países en los que por lo menos 70% de las escuelas cuentan con una fuente de agua potable</p> <p>Línea de base: 3 en el 2014 Meta: 12 en el 2019</p>	<p>25 países informaron que por lo menos 70% de las escuelas cuentan con una fuente de agua potable.</p>

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
2.2 Promover y fortalecer las políticas y los programas escolares y de educación temprana que aumenten la actividad física	2.2.1 Número de países donde por lo menos 70% de las escuelas han puesto en marcha un programa que establece al menos 30 minutos al día de actividad física de moderada a intensa (aeróbica) Línea de base: 0 en el 2014 Meta: 10 en el 2019	No hay información disponible para este indicador. Sin embargo, entre los países que tienen datos de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (13 a 15 años), ninguno de ellos reportó que por lo menos 70% de estudiantes en sus escuelas secundarias estuvieran físicamente activos al menos 60 minutos al día, cinco o más días durante la última semana. La media estimada de actividad física de al menos 60 minutos al día, cinco veces o más días durante la última semana, es 25.84%.

Línea de acción estratégica 3: Políticas fiscales y reglamentación de la publicidad y etiquetado de alimentos.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
3.1 Ejecutar políticas para reducir el consumo infantil y adolescente de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional	3.1.1 Número de países que han aprobado legislación para gravar las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional Línea de base: 1 en el 2014 Meta: 10 en el 2019	5 países habían aprobado legislación para gravar las bebidas azucaradas.
3.2 Establecer reglamentos para proteger a la población infantil y adolescente frente al efecto de la promoción y la publicidad de las bebidas azucaradas, la comida rápida y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional	3.2.1 Número de países que han establecido reglamentos para proteger a la población infantil y adolescente del impacto de la promoción y publicidad de las bebidas azucaradas, la comida rápida y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional de acuerdo con las <i>Recomendaciones de la consulta de expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los</i>	3 países habían establecido reglamentos para proteger a la población infantil y adolescente del impacto de la promoción y publicidad de las bebidas azucaradas, la comida rápida y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
	<i>niños en la Región de las Américas</i> Línea de base: 1 en el 2014 Meta: 15 en el 2019	
3.3 Elaborar y establecer normas para el etiquetado del frente del envase que promuevan las elecciones saludables al permitir identificar los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional de manera rápida y sencilla	3.3.1 Número de países que han establecido normas, que tengan en cuenta el Codex Alimentarius, para el etiquetado del frente del envase que permiten identificar de manera rápida y sencilla las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional Línea de base: 1 en el 2014 Meta: 15 en el 2019	2 países habían puesto en marcha sistemas de etiquetado para desincentivar el consumo de productos procesados o ultraprocesados altos en azúcar, grasa y sal.

Línea de acción estratégica 4: Otras medidas multisectoriales

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
4.1 Involucrar a otras instituciones gubernamentales y, según corresponda, a otros sectores	4.1.1 Número de países en los que la ejecución de este plan de acción tiene el apoyo de un enfoque multisectorial Línea de base: 0 en el 2014 Meta: 10 en el 2019	8 países disponían de una estrategia o plan de acción multisectorial para la prevención del sobrepeso o la obesidad.
4.2 Mejorar el acceso a los espacios recreativos urbanos como los programas de ciclovías recreativas	4.2.1 Número de países en los cuales la población tiene acceso a por lo menos cinco ciudades con programas de ciclovías recreativas Línea de base: 6 en el 2014 Meta: 15 en el 2019	9 países contaban por lo menos con cinco ciudades con programas de ciclovías recreativas.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
4.3 Adoptar medidas a nivel nacional o subnacional para aumentar la disponibilidad y la asequibilidad de alimentos nutritivos	4.3.1 Número de países que han creado incentivos a nivel nacional en apoyo de los programas de agricultura familiar Línea de base: 5 en el 2014 Meta: 21 en el 2019	19 países han creado incentivos a nivel nacional en apoyo a los programas de agricultura familiar.
	4.3.2 Número de países que han introducido medidas para mejorar los precios relativos y la accesibilidad a alimentos saludables Línea de base: 3 en el 2014 Meta: 10 en el 2019	18 países disponían de ferias o mercados de agricultores que fomentaban la accesibilidad a alimentos saludables.

Línea de acción estratégica 5: Vigilancia, investigación y evaluación

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
5.1 Fortalecer los sistemas de información de los países para que los datos sobre las tendencias y los determinantes de la obesidad, desglosados por al menos dos estratificadores de la equidad estén disponibles sistemáticamente para la adopción de decisiones de políticas	5.1.1 Número de países que tienen un sistema de información para presentar cada dos años informes sobre los patrones de alimentación, el sobrepeso y la obesidad de una muestra representativa a nivel nacional de mujeres embarazadas y niños y adolescentes en edad escolar Línea de base: 3 en el 2014 Meta: 8 en el 2019	4 países disponían de sistemas que informan sobre el consumo de alimentos y el sobrepeso y la obesidad en mujeres en edad fértil, niños y adolescentes.

Medidas necesarias para mejorar la situación

3. Habida cuenta del progreso descrito anteriormente, las medidas necesarias para mejorar la situación son las siguientes:
 - a) Adoptar las guías clínicas para la prevención, la detección temprana y el control del sobrepeso y la obesidad para su aplicación en el primer nivel de atención.
 - b) Aprobar legislación que cubra todas las provisiones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y las resoluciones posteriores, y vigilar su cumplimiento regularmente. Continuar incentivando la protección de la maternidad e incrementar el número de centros participantes de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) que prestan servicios de salud materna.
 - c) Establecer normas para los programas de alimentación escolar y kioscos escolares asegurando la ingesta de frutas, verduras (incluyendo leguminosa, tubérculos, y cereales de granos enteros) al igual que agua para evitar el consumo de productos procesados o ultraprocesados altos en azúcar, sal y grasas. Además, promover la actividad física en las escuelas.
 - d) Asegurar que las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional sean gravados con impuestos, no sean promocionados a los menores de 16 años y tengan un etiquetado frontal que permita su identificación correcta, rápida y sencilla.
 - e) Aumentar el número de ciudades con acceso a ciclovías recreativas y parques.
 - f) Impulsar políticas para mejorar la disponibilidad y el acceso a alimentos saludables.
 - g) Establecer o actualizar los sistemas de vigilancia para monitorear regularmente los patrones de alimentación, el sobrepeso y la obesidad en los niños y los adolescentes y, especialmente, en las embarazadas.

Intervención del Consejo Directivo

4. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota del presente informe y haga los comentarios que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/9, Rev. 2) [consultado el 23 de octubre del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26986&Itemid=270&lang=es

2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (resolución CD53.R13) [consultado el 23 de octubre del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27587&Itemid=270&lang=es

C. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD URBANA: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. La Región de las Américas es la región más urbanizada del mundo. Actualmente, casi 80% de su población vive en centros urbanos y se prevé que esta proporción ascenderá a 85% para el 2030 (1). La finalidad de este informe es resumir el progreso alcanzado en la Región con respecto a la aplicación de la *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana*, aprobada en septiembre del 2011 por el 51.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (documento CD51/5) (2). En esta estrategia y plan de acción se establecen objetivos a lo largo de un período de 10 años (2012-2021) a fin de fortalecer la capacidad institucional y la función de rectoría de los ministerios de salud y gobiernos municipales en cuanto a la promoción de un crecimiento urbano sostenible que coloque a los seres humanos y las comunidades en el centro de la planificación. Asimismo, procura hacer frente a las inequidades de salud, atender las necesidades y aprovechar los recursos de toda la gama de grupos urbanos mediante políticas, programas y servicios dirigidos a las personas y las comunidades que viven y trabajan en los entornos urbanos (2).

Análisis del progreso logrado

2. Desde que se aprobó el plan de acción, se reconoce cada vez más que la salud y el desarrollo son prioridades vinculadas a escala mundial. Así se ha señalado en eventos como la séptima sesión del Foro Urbano Mundial (2014) y Hábitat III, la tercera Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible (2016). En la Región de las Américas, este movimiento fue catalizado por el tercer Foro Regional de Salud Urbana (2015), donde los participantes, en representación de ciudades y países, intercambiaron conocimientos clave y establecieron como áreas de acción el enfoque de la salud en todas las políticas y la promoción de la salud en el marco de ciudades, municipios y comunidades saludables.

3. La Región de las Américas ha impulsado la revitalización del movimiento de ciudades saludables a escala mundial. En colaboración con la Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud (Redlac Promsa) y el Ministerio de Salud de Chile, la OPS organizó un preforo de alcaldes en Santiago (Chile) en julio del 2016, en el cual alcaldes y personal dedicado a la promoción de la salud provenientes de 12 países intercambiaron experiencias y adoptaron la Declaración de Santiago (3) con el fin de que sirviera de guía para la elaboración de la estrategia de ciudades, municipios y comunidades saludables. Esta iniciativa estuvo dirigida por un comité conformado por representantes de un centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro de Estudios, Investigaciones y Documentación sobre Ciudades Saludables (CEPEDOC), personal de los ministerios de salud de Argentina, Chile, Cuba y México, y personal del ámbito del desarrollo de Chile y Perú.

4. Los enfoques multisectoriales son un elemento esencial del desarrollo urbano sostenible y un área sumamente activa para la OPS, que se lleva a cabo institucionalmente dentro del área de salud en todas las políticas. La Región de las Américas fue la primera en elaborar un plan de acción para definir con claridad los pasos que deben darse para aplicar el enfoque de la salud en todas las políticas (4). Al 2016, 180 personas de 16 países de la Región habían recibido capacitación sobre el enfoque de la salud en todas las políticas (4).

5. En el Objetivo de Desarrollo Sostenible 11 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (5) se consagra como una prioridad mundial “lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”. En abril del 2018, después de la reunión regional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) a fin de examinar el progreso hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Foro Político de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible en julio del 2018 examinará a fondo el ODS 11. La atención prestada a estos temas brinda una oportunidad excepcional para impulsar la agenda sobre la salud urbana.

6. El propósito de la *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana* fue iniciar una serie de actividades que permitieran establecer las prioridades en el campo de la salud urbana como elementos clave en la formulación de políticas y la planificación municipal, subnacional y nacional. La OPS ha trabajado de manera sistemática a fin de proporcionar los recursos apropiados, particularmente en las áreas de conocimientos técnicos especializados y la función de coordinación, para brindar apoyo al fortalecimiento de la capacidad a nivel nacional y regional. A continuación se presenta información específica sobre el progreso alcanzado hasta el momento en el cumplimiento de los objetivos.

Objetivo específico	Indicador, línea de base y meta	Situación
1. Elaborar políticas de salud urbana	Número de países con planes y políticas de desarrollo (a nivel nacional o subnacional, según corresponda) que introducen la salud y la equidad en salud en el desarrollo urbano. Línea de base (2011): 6 Meta (2021): 18	Al 2017, 21 países habían introducido la salud o la equidad en la salud como un aspecto del desarrollo urbano en sus planes y políticas de desarrollo a nivel nacional (o subnacional) (6). Al 2017, 12 ciudades de 5 países habían informado sobre la adopción de políticas para reducir la demanda excesiva de servicios e infraestructura de transporte, como la aplicación de restricciones a la circulación y el estacionamiento de vehículos, las modalidades de transporte privado compartido y la aplicación de tarifas por congestión (7). ¹

¹ La Región de las Américas ha tenido un papel destacado en la aplicación de políticas e intervenciones innovadoras en el ámbito del transporte urbano que favorecen la salud urbana y la equidad. El transporte sostenible aumenta no solo el acceso equitativo a los servicios y las oportunidades de una manera que reduce al mínimo las consecuencias ambientales negativas, sino que también aumenta la seguridad y la

Objetivo específico	Indicador, línea de base y meta	Situación
<p>2. Adaptar los servicios de salud urbana para promover la salud y mejorar la cobertura</p>	<p>Número de países que disponen de un plan nacional y planes subnacionales de salud, según corresponda, que integran un sistema de equidad en el ámbito de la salud urbana y tienen en cuenta a los grupos vulnerables</p> <p>Línea de base (2011): 6 Meta (2021): 25</p>	<p>Los datos muestran que en la Región hay un interés cada vez mayor por los enfoques integrados de salud urbana. Catorce países están usando sus planes nacionales de salud para abordar cuestiones relacionadas con la equidad en el ámbito de la salud urbana, mejorar la colaboración intersectorial y la participación comunitaria, y utilizar intervenciones basadas en la evidencia. Por ejemplo, algunos países se han centrado en modificar las condiciones de los entornos urbanos para brindar un mejor apoyo a la salud de la población (8).</p> <p>Además, en dos países, la iniciativa de la OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores está aplicándose en más de 50 ciudades, y en seis países de América Latina y el Caribe al menos una ciudad o comunidad está aplicando esta iniciativa (9).</p>
<p>3. Crear marcos normativos que fomenten la salud y estrategias de gobernanza participativas</p>	<p>Número de países que aplican las guías de salud pública de la OPS para la planificación de la salud urbana</p> <p>Línea de base (2011): 3 Meta (2021): 18</p>	<p>Al 2017, 10 ciudades en la Región se habían unido a la campaña de BreatheLife, que moviliza a ciudades y personas para que la contaminación del aire se ubique en niveles seguros para el 2030 (10).</p> <p>La OPS ha trabajado a fin de facilitar las conexiones técnicas y estratégicas que sustentan la extraordinaria energía que existe en la Región respecto de la salud urbana, manteniendo la atención centrada en los países al priorizar el aumento de la capacidad y la formación de redes en áreas técnicas clave.</p> <p>Los Estados Miembros han establecido procesos nacionales para promover y difundir las directrices y los criterios de salud pública en las áreas de vivienda y planificación urbanas.</p> <p>En cumplimiento de las directrices de la OMS sobre la calidad del aire en locales cerrados, los países están trabajando para reemplazar las</p>

asequibilidad. Al 2017, según la información suministrada por ciudades de América Latina, había 1.912 km de rutas de autobuses y líneas de transporte público de tránsito rápido en 67 ciudades de 13 países; 3.486 km de ciclovías en 51 ciudades de 10 países; 1.041 km de rieles de metro, subterráneo o trenes ligeros en 19 ciudades de 7 países, y 47 km de rutas de teleféricos 7 ciudades de 4 países. Está aumentando el interés en las ciclovías recreativas, es decir, programas multisectoriales que asignan de manera temporal o permanente calles para el transporte no motorizado con fines recreativos: 457 ciudades de 16 países de América Latina realizan actividades en esta área (7).

Objetivo específico	Indicador, línea de base y meta	Situación
		<p>cocinas y los calentadores tradicionales con tecnologías menos contaminantes a fin de reducir las emisiones de combustibles sólidos (11).</p> <p>La OPS también está difundiendo información sobre la orientación que ofrece la OMS en cuanto al desecho de baterías y la reducción de la exposición al plomo en los hogares.</p> <p>Según estimaciones de las Naciones Unidas, existen procedimientos claramente definidos en leyes o políticas sobre la participación de los usuarios de los servicios urbanos y las comunidades en la planificación de los programas en 29 países de la Región en lo que respecta a la gestión del agua potable y en 25 países en cuanto a la gestión del saneamiento (12).</p>
<p>4. Ampliar las redes nacionales y regionales para el desarrollo urbano saludable</p>	<p>Número de países con una red nacional de municipios saludables que utilizan la caja de herramientas de la OPS para evaluar municipios saludables en las comunidades con más de 100.000 habitantes</p> <p>Línea de base (2011): 5 Meta (2021): 24</p>	<p>En respuesta al interés cada vez mayor que se observa en la Región, en el 2018 se creó (junto con la Universidad de Kansas) un conjunto de herramientas como parte del proyecto de municipios y comunidades saludables. Se prevé que para fines del 2018 este conjunto de herramientas se haya puesto en práctica o se encuentre en fase piloto en ocho países de la Región.</p> <p>Se ha hecho una labor considerable con respecto a la actividad 4.1 de la <i>Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana</i>.² Sobre la base de la iniciativa Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables, 12 países se han comprometido a impulsar la participación de las comunidades y la sociedad civil en el proceso de formulación de políticas en los diversos sectores y han establecido mecanismos para tal fin, como lo demuestra la firma de la Declaración de Santiago en el 2016 (3). Además, al 2018, 4 países y territorios se han unido al grupo de trabajo internacional de universidades e instituciones de educación</p>

² Actividad 4.1: Reforzar y hacer hincapié en el componente de salud urbana en las redes nacionales y regionales, y aprovechar las redes regionales existentes como la Red de las Américas de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables; Escuelas Promotoras de la Salud; Viviendas Saludables; Rostros, Voces y Lugares; y las redes mundiales como Comunidades Seguras.

Objetivo específico	Indicador, línea de base y meta	Situación
		<p>superior que trabajan en pro de la promoción de la salud, y 8 países informan que tienen redes nacionales de universidades en torno a la promoción de la salud.</p> <p>Por último, al 2017, 14 ciudades de 8 países de la Región se habían comprometido con un programa emblemático de ONU-Mujeres denominado “Ciudades seguras y espacios públicos seguros” (13).</p>
<p>5. Fortalecer el conocimiento, la capacidad y la concientización para responder a los nuevos retos de salud urbana</p>	<p>Número de países con sistemas de vigilancia que incluyen indicadores de la salud urbana</p> <p>Línea de base (2011): 4 Meta (2021): 15</p>	<p>Al 2016, 15 países habían puesto en práctica sistemas de vigilancia que permiten notificar información clave sobre salud urbana conforme a indicadores de resultados inmediatos en materia de salud, resultados intermedios del sistema de salud, factores de riesgo y determinantes de la salud (14).</p> <p>Al 2017, 27 países habían completado la evaluación de la vulnerabilidad y la adaptación en el ámbito de la salud respecto del cambio climático. Mediante este proceso, los ministerios de salud pueden evaluar las vulnerabilidades del sistema de salud frente al cambio climático, calcular la carga de enfermedad futura y los riesgos, así como definir las políticas y los proyectos que pueden emprenderse a fin de abordar las vulnerabilidades.</p> <p>En preparación para Hábitat III, que se celebró en Quito (Ecuador) en septiembre del 2016, 19 países de la Región presentaron informes nacionales en los que dieron a conocer sus experiencias al abordar problemas urbanos, lo que sirvió de base para la Nueva Agenda Urbana (15).</p> <p>De acuerdo con la actividad 5.4 de la <i>Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana</i>,³ en septiembre del 2015, el Instituto Internacional para Salud Mundial de Universidad de las Naciones Unidas (UNU-IIGH), la Escuela</p>

³ Actividad 5.4: Establecer vínculos más estrechos con los académicos y las universidades, estimulando la actuación de los centros colaboradores, promoviendo el financiamiento de la investigación pertinente, en función de lo que se determine a partir de los observatorios y la práctica relacionada con las repercusiones de la urbanización sobre la salud y el gradiente social.

Objetivo específico	Indicador, línea de base y meta	Situación
		<p>Drexel Dornsife de Salud Pública y la CEPAL entablaron una alianza para realizar investigaciones sobre la salud urbana en América Latina y el Caribe: la Red de Salud Urbana para América Latina y el Caribe (SALURBAL).</p> <p>Esta red reúne a expertos regionales en salud urbana, brinda apoyo al establecimiento de vínculos intrarregionales para realizar proyectos de capacitación e investigación, y procura establecer y difundir las enseñanzas importantes dentro y fuera de América Latina y el Caribe (16). Gracias a un subsidio importante para la investigación otorgado recientemente a los miembros de la red, la OPS y la Universidad de Drexel mantienen un diálogo activo sobre oportunidades de colaboración en un importante estudio regional sobre salud urbana.</p>
	<p>Número de países que aplican las guías de análisis de impacto en salud a las políticas, los programas o proyectos de carácter nacional o urbano y las herramientas de acción para determinar las repercusiones sobre la salud o la equidad en salud.</p> <p>Línea de base (2011): 3 Meta (2021): 15</p>	<p>Al 2017, 2 países desarrollaron la capacidad de usar Innov8, una herramienta en línea de planificación y organización de actividades, así como de colaboración, con el fin de evaluar y formular recomendaciones para integrar las perspectivas de género, equidad y derechos humanos en sus programas. La herramienta se adaptó para la Región al hacer la traducción al español y agregar un componente sobre etnicidad para su uso futuro (17).</p> <p>Quince países se han asociado con la Comisión de Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas, cuyo objetivo es comprender los factores que generan inequidades en materia de salud en la Región, incluidos los efectos positivos y negativos de la urbanización (18) y las maneras de abordarlos.</p>

Acción necesaria para mejorar la situación

7. En su calidad de agente de movilización a nivel nacional, regional y mundial, la OPS tiene la responsabilidad de brindar apoyo a los Estados Miembros para que elaboren estrategias y políticas apropiadas para la planificación de la salud urbana, determinen los mecanismos para lograr la acción multisectorial, y recopilen y den a conocer experiencias nacionales sobre salud urbana, así como las enseñanzas extraídas y las mejores prácticas. Se recomienda emprender acciones estratégicas en las siguientes áreas:

- a) Fortalecer la capacidad regional en el ámbito del diseño urbano, así como su implementación y monitoreo.
- b) Continuar con el apoyo que la OPS brinda para la colaboración entre los ministerios de salud, los líderes de las ciudades, otros sectores del gobierno, el sector privado y la sociedad civil. Las alianzas pueden mejorarse mediante la participación en la toma de decisiones, la colaboración entre el sector público y el privado (particularmente para la planificación urbana) y la adopción del enfoque de la salud en todas las políticas.
- c) Garantizar que todas las personas tengan un acceso equitativo a las oportunidades al instar a las autoridades de las ciudades a que consideren sistemáticamente las necesidades de las mujeres, los niños y los jóvenes, las personas con discapacidad, las personas mayores, los indígenas y otros grupos marginados.
- d) Alentar a los Estados Miembros a mejorar los sistemas que utilizan para recopilar datos y presentar información sobre los indicadores de salud urbana, invirtiendo en el fortalecimiento de la capacidad cuando sea necesario. Es necesario fortalecer la relación entre las personas que trabajan en los ámbitos de la salud urbana y los determinantes de la salud en los Estados Miembros, las representaciones y la sede de la OPS, y deben realizarse esfuerzos para armonizar la elaboración de programas con las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Intervención del Consejo Directivo

8. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota de este informe y haga las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Naciones Unidas. World urbanization prospects [Internet]. Nueva York, NY: Naciones Unidas; 2014 [consultado el 30 de enero del 2018]. Disponible en inglés en:
<https://esa.un.org/unpd/wup/publications/files/wup2014-highlights.pdf>

2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, DC. Washington: OPS; 2014 (documento CD51/5) [consultado el 18 de enero del 2018]. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14578&Itemid=270&lang=es
3. Pre-Foro de Alcaldes de las Américas: Camino a Shanghái 2016. Declaración de Santiago de Chile [Internet]. Santiago, Chile; 2016 [consultado el 30 de enero del 2018]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=41597&lang=es
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington: OPS; 2014 (resolución CD53.R2) [consultado el 18 de enero del 2018]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27552&Itemid=270&lang=es
5. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, resolución A/RES/70/1. Disponible en:
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=S
6. Organización Panamericana de la Salud. Examen en línea de los planes de desarrollo nacional de los Estados Miembros. Washington, DC. OPS; 2018. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=44930&Itemid=270&lang=en
7. Sarmiento OL, Siri JG, Rodriguez D, et al. Transporte sostenible y salud urbana: aprendizajes latinoamericanos. Bogotá: Urban Health Network for Latin America and the Caribbean; 2017.
8. Consejo Internacional para la Ciencia. El Salvador launches urban health model [Internet], 7 de abril del 2017. Disponible en inglés en:
<https://www.icsu.org/current/news/el-salvador-launches-urban-health-model>
9. Organización Mundial de la Salud. Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/?alpha=Z>.

D. PLAN DE ACCIÓN SOBRE RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. La finalidad de este documento es informar a los Cuerpos Directivos sobre los avances de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la ejecución del *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos*, aprobado en octubre del 2015 (documento CD54/12, Rev. 1 y resolución CD54.R15) (1). El objetivo de este plan de acción es que los Estados Miembros adopten todas las medidas necesarias posibles, de acuerdo con su situación, necesidades y prioridades, a fin de garantizar su capacidad para tratar y prevenir las enfermedades infecciosas mediante el uso responsable y racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias seguros, eficaces, accesibles, asequibles y de calidad garantizada. El plan se inscribe en el marco de la cobertura universal de salud, en particular con respecto al acceso oportuno a medicamentos de calidad, y está en consonancia con el *Plan de acción mundial sobre resistencia a los antimicrobianos*, aprobado por la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2015 (2).

2. En reconocimiento de la evidencia sólida que existe sobre la estimación de la carga de enfermedad y las repercusiones económicas de la resistencia a los antimicrobianos (3, 4), y comprendiendo que esta situación representa una crisis mundial que pone en peligro el desarrollo sostenible, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en el 2016 una declaración política sobre la resistencia a los antimicrobianos (5).

Análisis del progreso alcanzado

3. Cada vez es mayor el número de países que reconocen que la resistencia a los antimicrobianos es una esfera de acción prioritaria e intersectorial entre los sectores sanitario y agropecuario. Actualmente, la Oficina Sanitaria Panamericana presta apoyo a los países, mediante talleres multinacionales, herramientas y consultas, para que elaboren estrategias multisectoriales. Treinta países en total han finalizado la elaboración de planes de acción nacionales o están en proceso de hacerlo. Se precisará apoyo continuo para ultimar los planes de acción nacionales y garantizar recursos humanos y financieros para su ejecución y seguimiento. La ejecución eficaz y sostenible de los planes de acción nacionales irá de la mano con el cumplimiento de las metas del presente plan de acción.

4. Se han logrado avances en las cinco líneas estratégicas de acción establecidas en el *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos*. Las medidas concretas adoptadas para cumplir cada uno de los objetivos e indicadores se resumen en los cuadros que figuran a continuación.

Línea estratégica de acción 1: Mejorar la concienciación y la comprensión con respecto a la resistencia a los antimicrobianos a través de una comunicación, educación y formación efectivas

Objetivo	Indicadores, línea de base y meta	Estado
1.1 Promover que la resistencia a los antimicrobianos sea reconocida como una necesidad de acción prioritaria de manera intersectorial	1.1.1 Número de países que disponen de campañas sobre la resistencia a los antimicrobianos y uso racional dirigidas al público general y a sectores profesionales. Línea de base: 9 en el 2015 Meta: 20 en el 2020	En el 2017, 31 países participaron en la Semana Mundial de Concientización sobre el Uso de Antibióticos y realizaron actividades de capacitación o campañas nacionales para concientizar y hacer comprender los riesgos de la resistencia a los antimicrobianos para la salud humana (6, 7). Es importante que los países continúen las actividades de concientización, las amplíen a todo el territorio y midan su impacto.
	1.1.2 Número de países que llevan a cabo actividades intersectoriales para la contención de la resistencia a los antimicrobianos, incluidas las actividades de formación profesional Línea de base: 5 en el 2015 Meta: 10 en el 2020	En el 2017, 11 países estaban realizando cursos de capacitación y actividades educativas en el marco de la iniciativa “Una salud” y como parte de sus actividades de vigilancia integrada.

Línea estratégica de acción 2: Reforzar los conocimientos y la base científica a través de la vigilancia y la investigación

Objetivos	Indicadores, línea de base y meta	Estado
2.1 Mantener y mejorar los sistemas nacionales de vigilancia de las resistencias, de forma que se pueda monitorear el impacto de la resistencia en la salud pública	2.1.1 Número de países que proporcionan datos de laboratorio sobre resistencia a los antimicrobianos con periodicidad anual Línea de base: 20 en el 2015 Meta: 35 en el 2020	Al 2017, 19 países latinoamericanos formaban parte de la red ReLAVRA ¹ (8, 9) y proporcionaban a la OPS datos sobre la resistencia a los antimicrobianos anualmente. Además, los datos de Canadá y Estados Unidos están a disposición pública. Se precisa con urgencia más colaboración técnica para apoyar a los países y territorios del Caribe, 10 de los cuales ya están en proceso de fortalecer la capacidad de sus laboratorios para establecer sistemas nacionales de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos.

¹ Red Latinoamericana de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (ReLAVRA).

Objetivos	Indicadores, línea de base y meta	Estado
	<p>2.1.2 Número de países que integran redes de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos centradas en el paciente</p> <p>Línea de base: 0 en el 2015 Meta: 10 en el 2020</p>	<p>Cuatro países se han adherido al Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (GLASS) (10), que recopila datos de la resistencia a los antimicrobianos centrados en el paciente. La red ReLAVRA se está adaptando a la metodología del GLASS para apoyar a los países que han tomado la decisión de adoptarlo.</p>
	<p>2.1.3 Número de países que reportan y analizan la utilización de los antimicrobianos de uso humano y animal</p> <p>Línea de base: 2 en el 2015 Meta: 5 en el 2020</p>	<p>Al 2017, 4 países notificaban y analizaban el uso de antimicrobianos tanto en seres humanos como en animales (6, 7). En total, 11 países tenían implantado un sistema de vigilancia de los efectos del uso de antimicrobianos en la salud humana (6, 7) y 19 países notificaban a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) datos sobre su uso en los animales (11).</p>
<p>2.2 Desarrollar un sistema nacional de vigilancia de las resistencias, que integre los datos de patógenos zoonóticos transmitidos a través de los alimentos y el contacto directo</p>	<p>2.2.1 Número de países y territorios con mecanismos para la colaboración multisectorial en el desarrollo de programas de vigilancia integrada en resistencia antimicrobiana</p> <p>Línea de base: 3 en el 2015 Meta: 11 en el 2020</p>	<p>Al 2017, 10 países habían puesto en marcha un programa integrado de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos o comenzado a establecerlo mediante la colaboración multisectorial.</p>
<p>2.3 Promover el monitoreo de la resistencia del VIH a los antirretrovirales en los países de la Región</p>	<p>2.3.1 Número de países que realizan acciones de vigilancia de la resistencia del VIH a los antirretrovirales conforme a las recomendaciones de la OPS/OMS</p> <p>Línea de base: 3 en el 2015 Meta: 15 en el 2020</p>	<p>En el 2017, 6 países vigilaban la resistencia del VIH a los antirretrovirales de acuerdo con las directrices de vigilancia de la farmacoresistencia del VIH recomendadas por la OMS (12, 13). Además, la aplicación de las recomendaciones estaba en curso en 11 países y 9 países estaban en distintas etapas de planificación.</p>

Objetivos	Indicadores, línea de base y meta	Estado
<p>2.4 Disponer de información actualizada sobre la magnitud y tendencia de la tuberculosis multirresistente, que contribuya a fortalecer la prevención de la resistencia de la tuberculosis</p>	<p>2.4.1 Número de países que aplican pruebas de sensibilidad al 100% de los casos de tuberculosis previamente tratados</p> <p>Línea de base: 3 en el 2015 Meta: 12 en el 2020</p>	<p>Al 2016, 3 países realizaban pruebas de sensibilidad a fármacos al 100% de los casos de tuberculosis previamente tratados (14). La aplicación progresiva de los métodos de diagnóstico molecular en varios países ha dado lugar a un aumento del porcentaje de pacientes previamente tratados a los que se realizan pruebas de sensibilidad a fármacos, pero en la mayoría de los países aún no llega al 100%.</p>
	<p>2.4.2 Número de países que diagnostican más del 85% de los casos de tuberculosis multirresistente estimados entre los casos de tuberculosis notificados</p> <p>Línea de base: 6 en el 2015 Meta: 16 en el 2020</p>	<p>Al 2017, solo 1 país diagnosticaba más de 85% de los casos estimados de tuberculosis multirresistente, incluida la tuberculosis resistente a la rifampicina, entre los casos de tuberculosis notificados, en conformidad con la actual clasificación de la OMS de la tuberculosis farmacorresistente (14).</p> <p>Se han introducido cambios a la definición de la OMS de tuberculosis multirresistente (actualmente incluye la tuberculosis resistente a la rifampicina) que reemplazan los criterios aplicados para establecer la línea de base del 2013 y los valores fijados para la meta. Este indicador debe actualizarse conforme a la clasificación actual de la OMS de tuberculosis farmacorresistente y reformularse así: “Número de países que diagnostican más del 85% de los casos estimados de tuberculosis multirresistente y tuberculosis resistente a la rifampicina entre los casos de tuberculosis notificados”. En consecuencia, la línea de base y la meta podrían modificarse de manera más realista a 1 y 10 países, respectivamente.</p>

Objetivos	Indicadores, línea de base y meta	Estado
2.5 Disponer de evidencias obtenidas a través de estudios de vigilancia de la eficacia de los antimicrobianos y de la resistencia a estos medicamentos que contribuyan a la mejora de la calidad de los tratamientos	2.5.1 Número de países que realizan estudios de vigilancia de la eficacia y la resistencia a los antimicrobianos de manera periódica Línea de base: 6 en el 2015 Meta: 11 en el 2020	En 8 países se han puesto en marcha estudios de eficacia terapéutica o de vigilancia con marcadores moleculares para monitorear la eficacia de los medicamentos y la farmacorresistencia, de conformidad con las directrices de la OPS/OMS (15).
2.6 Disponer de una agenda de investigación regional que pueda generar evidencia aplicable en salud pública sobre mecanismos eficaces para contener la resistencia a los antimicrobianos	2.6.1 Elaboración de una agenda de investigación regional sobre intervenciones de salud pública para contener la resistencia a los antimicrobianos Línea de base: 0 en el 2015 Meta: 1 en el 2020	Para el primer semestre del 2019 se celebrará una consulta de los Estados Miembros y otros interesados directos pertinentes a fin de elaborar el programa de investigación regional sobre las medidas de salud pública para contener la resistencia a los antimicrobianos.

Línea estratégica de acción 3: Reducir la incidencia de las infecciones con medidas eficaces de saneamiento, higiene y prevención de la infección

Objetivo	Indicadores, línea de base y meta	Estado
3.1 Establecer estrategias que mejoren las capacidades nacionales para la contención, el tratamiento,	3.1.1 Número de países con programas de prevención y control de infecciones que cuentan con datos nacionales de infecciones asociadas a la atención de salud Línea de base: 9 en el 2015 Meta: 18 en el 2020	Al 2017, 10 países habían establecido un programa de prevención y control de infecciones que incluía la vigilancia obligatoria de las infecciones asociadas a la atención de salud.

Objetivo	Indicadores, línea de base y meta	Estado
la prevención, la vigilancia y la evaluación y comunicación del riesgo de enfermedades causadas por organismos multirresistentes	3.1.2 Número de países en los cuales se realiza una evaluación de las capacidades de prevención y control de infecciones Línea de base: 13 en el 2015 Meta: 18 en el 2020	Al 2017 se habían evaluado por medio de una guía estandarizada las capacidades de prevención y control de infecciones de 18 países (17), 13 de los cuales tenían establecido un programa nacional de prevención y control de infecciones.
	3.1.3 Número de países que cuentan con una evaluación de su infraestructura sanitaria referente al control de infección por transmisión de aerosoles Línea de base: 0 en el 2015 Meta: 10 en el 2020	Al 2017, 18 países habían realizado una evaluación de su infraestructura sanitaria en relación con el control de las infecciones que se transmiten por aerosoles (17).

Línea estratégica de acción 4: Optimizar el uso de medicamentos antimicrobianos en la salud humana y animal

Objetivo	Indicadores, línea de base y meta	Estado
4.1 Establecimiento de estrategias al nivel nacional para la mitigación de la resistencia antimicrobiana y monitoreo del uso racional de antibióticos, incluido el fortalecimiento del rol de los comités de uso de antibióticos	4.1.1 Número de países que disponen de una estrategia escrita para contener la resistencia a los antimicrobianos (año de la última actualización) con un plan de medición de resultados Línea de base: 3 en el 2015 Meta: 14 en el 2020	En el 2017, según el cuestionario de autoevaluación para el seguimiento mundial de los progresos realizados por los países en la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos (6-7), 14 países habían puesto en marcha un plan de acción nacional y otros 16 países estaban en el proceso de elaborarlo.
	4.1.2 Número de países que han creado y financiado un grupo especial intersectorial nacional para la promoción del uso apropiado de los antimicrobianos y la prevención de la propagación de las infecciones Línea de base: 5 en el 2015 Meta: 15 en el 2020	Al 2017, 8 países habían creado un grupo nacional intersectorial para promover el uso racional de los antimicrobianos y prevenir la propagación de infecciones.

Objetivo	Indicadores, línea de base y meta	Estado
	<p>4.1.3 Número de países que han producido, mediante un grupo intersectorial nacional financiado, informes y recomendaciones para la promoción del uso apropiado de los antimicrobianos y la prevención de la propagación de las infecciones</p> <p>Línea de base: 5 en el 2015 Meta: 15 en el 2020</p>	<p>Los mismos 8 países del indicador anterior (4.1.2) han elaborado informes y recomendaciones para promover el uso racional de los antimicrobianos y prevenir la propagación de infecciones.</p>
	<p>4.1.4 Número de países donde se venden antibióticos sin receta, aunque sea en contraposición con las regulaciones</p> <p>Línea de base: 15 en el 2015 Meta: 11 en el 2020</p>	<p>Al 2017, 5 países tenían reglamentos para garantizar que los antibióticos se vendan y adquieran solo con receta médica.</p> <p>Para complementar este indicador, la Oficina está recogiendo también información sobre el número de países con regulaciones vigentes para garantizar que los antibióticos sean vendidos y adquiridos exclusivamente con receta. Al 2017, 5 países tenían regulaciones que garantizaban que los antibióticos se vendieran y adquirieran con receta exclusivamente, mientras que en el 2015, 3 países tenían este tipo de regulaciones. Al final de la implementación de este plan, 10 países deberían tenerlas.</p>

Línea estratégica de acción 5: Preparar argumentos económicos para una inversión sostenible que tenga en cuenta las necesidades de todos los países, y aumentar la inversión en nuevos medicamentos, medios de diagnóstico, vacunas y otras intervenciones

Objetivo	Indicadores, línea de base y meta	Estado
<p>5.1 Generación y sistematización de evidencias para documentar el impacto económico de la resistencia a los antimicrobianos</p>	<p>5.1.1 Número de países que producen estudios en los que se cuantifica el impacto económico de la resistencia a los antimicrobianos</p> <p>Línea de base: 11 en el 2015 Meta: 20 en el 2020</p>	<p>Una búsqueda en la bibliografía indicó que 13 países producen estudios que cuantifican el impacto económico de la resistencia a los antimicrobianos.</p>

Objetivo	Indicadores, línea de base y meta	Estado
<p>5.2 Fomentar la cooperación intersectorial para aumentar la eficiencia en el desarrollo, introducción, regulación y utilización de nuevos antimicrobianos, diagnósticos y vacunas</p>	<p>5.2.1 Número de países que avanzan en el desarrollo de convenios, o nuevas medidas regulatorias, para la evaluación de nuevas vacunas, diagnósticos y antimicrobianos, y que son incluidos en sus agendas de salud</p> <p>Línea de base: 6 en el 2015 Meta: 11 en el 2020</p>	<p>En el 2017, 8 países estaban trabajando en acuerdos o medidas regulatorias nuevas para evaluar las vacunas, los métodos de diagnóstico y los medicamentos antimicrobianos nuevos, y habían incluido estas medidas en sus programas de acción sanitaria.</p>
<p>5.3 Desarrollar un mecanismo para el intercambio de información y expertos entre los sectores gubernamental, privado, académico e industrial</p>	<p>5.3.1 Mecanismo disponible para el intercambio de información y experiencias, entre diferentes sectores</p> <p>Línea de base: 0 en el 2015 Meta: 1 en el 2020</p>	<p>Para el primer semestre del 2019 se habrá organizado una consulta de expertos sobre la resistencia a los antimicrobianos, a fin de obtener asesoramiento especializado sobre el mejor mecanismo para el intercambio de información y de expertos entre los sectores gubernamental, privado, académico e industrial.</p>

Medidas necesarias para mejorar la situación

5. Para alcanzar las metas en el 2020, será importante que la OPS organice talleres multinacionales sobre el tema de la resistencia a los antimicrobianos, haciendo hincapié en la iniciativa multisectorial “Una salud”. Asimismo, sería importante que ofrezca a los países consultas adaptadas a sus necesidades a fin de garantizar la finalización de los planes de acción nacionales y su ejecución sostenible. A nivel de país se precisa una ejecución detallada, planes presupuestarios y grupos de trabajo concretos que permitan garantizar el logro de los objetivos estratégicos para la vigilancia, la prevención y el control de las infecciones, y el uso racional de los antibióticos en todos los sectores. La disponibilidad de recursos financieros y humanos a nivel de país es fundamental, por lo que los ministerios de finanzas deben participar activamente.

6. La vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos se ha llevado a cabo en muchos países durante decenios, pero actualmente es necesario ampliarla de modo que incluya el uso de los antimicrobianos y que se integre al sector agropecuario (18, 19). Al mismo tiempo, es importante trabajar para seguir mejorando los sistemas actuales de vigilancia de conformidad con el GLASS, haciendo hincapié en las esferas en las que la vigilancia se encuentra todavía en su primera etapa de desarrollo.

7. Los Estados Miembros tienen reglamentos en vigor, por lo que se les insta a que los hagan cumplir, en particular los relativos a la dispensación de antibióticos solo con receta médica. También se les insta a que pongan en marcha programas de gestión de antimicrobianos en los hospitales y en el primer nivel de atención, y a que vigilen y evalúen las ventas nacionales y el uso racional de los antimicrobianos en los seres humanos y los animales como parte de sus planes nacionales.

8. Los Estados Miembros deben prestar atención inmediata a la ejecución de las estrategias de intervención para mejorar la prevención y el control de las infecciones relacionadas con la atención de salud, que también es fundamental para limitar el desarrollo y la propagación de las bacterias multirresistentes.

9. Con el apoyo de la OPS, los Estados Miembros deben hacer inversiones para garantizar el acceso universal a los nuevos métodos de diagnóstico para realizar las pruebas de sensibilidad a fármacos, incluidas las técnicas moleculares. Con respecto a la tuberculosis, deben trabajar en las pruebas y en mejorar la vigilancia sistemática de los casos farmacorresistentes. En la esfera de la infección por el VIH/sida, deben ocuparse de manera urgente de la aparición de la resistencia a los antirretrovirales y hacer que el componente del VIH de los planes de acción nacionales esté en consonancia con el nuevo plan de acción mundial de la OMS sobre la farmacorresistencia del VIH (21). En cuanto a la malaria, la disminución de casos ha hecho más difícil llevar a cabo estudios de eficacia terapéutica, que son el método de referencia para evaluar la eficacia de los antimaláricos. Habida cuenta de esta situación, se insta a los Estados Miembros a que sigan vigilando la eficacia y la resistencia de los antimaláricos mediante marcadores moleculares y estudios de eficacia terapéutica cuando sea posible (15).

Intervención del Consejo Directivo

10. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota de este informe y ofrezca las observaciones que considere pertinente.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington (DC). Washington (DC): OPS; 2015 (documento CD54/12, Rev. 1 y resolución CD54.R15) [consultado el 2 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31278&Itemid=270&lang=es
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 2 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/es/>

3. Review on Antimicrobial Resistance. Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations [Internet]. Londres; 2016 [consultado el 2 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
https://amr-review.org/sites/default/files/160525_Final%20paper_with%20cover.pdf
4. Banco Mundial. Final Report: Drug-Resistant Infections: A threat to our economic future [Internet]. Washington (DC); 2017 [consultado el 2 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
<http://documents.worldbank.org/curated/en/323311493396993758/pdf/114679-REVISED-v2-Drug-Resistant-Infections-Final-Report.pdf>
5. Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Septuagésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 19 de octubre del 2016; Nueva York: 2016 (resolución A/RES/71/3) [consultada el 2 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/71/3>
6. Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Organización Mundial de Sanidad Animal. Global Database for Antimicrobial Resistance Country Self-Assessment (Version 1) [Internet]. Ginebra: OMS; 2017. Version 1.1; 2018 [consultado el 2 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=%2FWHO_HQ_Reports/G45/P_ROD/EXT/amrcsat_Menu
7. Organización Mundial de la Salud. Global Database for Antimicrobial Resistance: Country Self-Assessment [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 2 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=%2FWHO_HQ_Reports/G45/P_ROD/EXT/amrcsat_Menu
8. Schmunis G, Salvatierra-Gonzalez R. Birth of a public surveillance system: PAHO combats the spread of antimicrobial resistance in Latin America. APUA Newsletter. 2006;24(1) [consultado el 2 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
http://emerald.tufts.edu/med/apua/news/APUA_v24n1.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. Antimicrobial Resistance: Global Report on Surveillance 2014 [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 2 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1

10. Organización Mundial de la Salud. Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) report: Early implementation 2016-2017. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 2 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
<http://www.who.int/glass/resources/publications/early-implementation-report/en/>
11. Organización Mundial de Sanidad Animal. OIE Annual Report on Antimicrobial Agents Intended for Use in Animals: Better understanding of the global situation. Second report [Internet]. París: OIE; 2017 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
http://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Our_scientific_expertise/docs/pdf/AMR/Annual_Report_AMR_2.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. Concept note: Surveillance of HIV drug resistance in adults initiating antiretroviral therapy (pre-treatment HIV drug resistance) [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/pretreatment_drugresistance/en/
13. Organización Mundial de la Salud. Concept note: Surveillance of HIV drug resistance in adults receiving ART (acquired HIV drug resistance) [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired_drugresistance/en/
14. Organización Mundial de la Salud. Global Tuberculosis Report 2017 [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 2 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
15. Organización Mundial de la Salud. World Malaria Report 2017 [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
<http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2017/en/>
16. Organización Mundial de la Salud. Guidelines and core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/gpsc/core-components.pdf>
17. Organización Panamericana de la Salud. Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud [Internet]. Washington, DC: OPS; 2011 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=22740&lang=en

18. Organización Mundial de la Salud. Integrated surveillance of antimicrobial resistance in foodborne bacteria: Application of a One Health approach [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/foodsafety/publications/agisar_guidance2017/en/
19. Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines on use of medically important antimicrobials in food-producing animals 2017 [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/foodsafety/publications/cia_guidelines/en/
20. Organización Mundial de la Salud. HIV drug resistance report 2017 [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hivdr-report-2017/en/>
21. Organización Mundial de la Salud. Global Action Plan on HIV Drug Resistance 2017-2021 [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hivdr-action-plan-2017-2021/en/>

E. PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS HEPATITIS VIRALES: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. El propósito de este documento es informar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el progreso en la ejecución del *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* (documento CD54/13, Rev. 1 [2015]), que abarca el período comprendido entre el 2016 y el 2019 (1).
2. El plan guarda consonancia con la visión, las metas y las orientaciones estratégicas de la *Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021* (2) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En esta estrategia, respaldada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016, se formula un llamamiento a eliminar las hepatitis virales como amenaza de salud pública para el año 2030, para lo cual se debe lograr una reducción de 90% en la incidencia y de 65% en la prevalencia. Asimismo, en el plan se refleja la inclusión del objetivo mundial de luchar contra las hepatitis virales establecido en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.
3. En la respuesta regional se deben tener en cuenta varias características importantes de las hepatitis virales. De acuerdo con estimaciones de la OPS, en el 2016 había en la Región 2,8 millones de personas con el virus de la hepatitis B (VHB) y 7,2 millones con el virus de la hepatitis C (VHC), y en el 2013 aproximadamente 125.000 personas murieron a causa de las hepatitis virales (3). Alrededor de 96% de las muertes por hepatitis virales se deben a que la infección crónica por los virus de las hepatitis B y C causan cirrosis y cáncer hepático primario (carcinoma hepatocelular). De hecho, aproximadamente 78% de los casos de carcinoma hepatocelular registrados a escala mundial se deben a una infección crónica por los virus de las hepatitis B o C (2). En vista de ello, los esfuerzos para controlar la incidencia de las hepatitis y su mortalidad deben centrarse en las hepatitis B y C. Los nuevos tratamientos son sumamente eficaces: los medicamentos antivirales contra las hepatitis B y C pueden reducir en cerca del 75% el riesgo de sufrir cáncer hepático, con el beneficio agregado para la salud pública de que las medidas adoptadas para eliminar las hepatitis reducirán la incidencia del carcinoma hepatocelular en la Región. Los nuevos medicamentos antivirales de acción directa para la infección por el virus de la hepatitis C pueden curarla en 95% de los casos solo con estos medicamentos de primera línea y en 99,9% de los casos cuando se tiene acceso a medicamentos de segunda línea.
4. La respuesta a las hepatitis se ha visto obstaculizada por la falta de financiamiento internacional a escala mundial, incluida la Región de las Américas, por lo que se depende casi por completo de la disponibilidad de recursos a nivel nacional.

Análisis del progreso logrado

5. En los cuadros que se presentan a continuación se resume el progreso de la Región en el 2016-2017 en cuanto a los objetivos establecidos en el plan. Asimismo, se ponen de relieve los retos que deberán superarse en el próximo año para alcanzar las metas establecidas en el plan.

6. Debe señalarse que los indicadores del plan de acción son indicadores de política, por lo que no cuantifican la fuerza o la amplitud de la respuesta de ningún país en particular.

<i>Línea estratégica de acción 1: Promover una respuesta integrada amplia</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
1.1 Promover la integración de las intervenciones y los servicios de prevención, vigilancia, diagnóstico, atención y control de las hepatitis virales dentro del sector de la salud, y prestarlos de manera concertada y eficaz con los asociados y los interesados directos pertinentes.	1.1.1 Número de países que tienen una estrategia o plan nacional estructurado y con presupuesto en materia de prevención, tratamiento y control de las hepatitis virales. Línea de base: 10 en el 2015 (8) Meta: 20	15 países y territorios (7) Este indicador es fundamental para apoyar la actuación a nivel nacional. Para fines del 2017, otros 5 países habían elaborado estrategias o planes nacionales contra las hepatitis que iban más allá de la vacunación.
1.2 Promover la formulación y la aplicación de políticas e intervenciones coordinadas de salud pública con el propósito de eliminar la hepatitis B y la hepatitis C en los Estados Miembros de la OPS para el 2030.	1.2.1 Número de países con metas de eliminación de la hepatitis B y la hepatitis C como problemas de salud pública. Línea de base: 0 en el 2015 (8) Meta: 6	0 país (7) Aunque todos los países y territorios están comprometidos con la estrategia mundial del sector de la salud para eliminar las hepatitis virales como una amenaza de salud pública para el 2030, hasta el presente ningún país la ha puesto en práctica como política nacional.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Situación
	<p>1.2.2 Número de países con metas de eliminación de la transmisión de la hepatitis B de la madre al hijo.</p> <p>Línea de base: 1 en el 2012 (9)</p> <p>Meta: 5</p>	<p>12 países y territorios (7)</p> <p>En lo sucesivo, estos países y territorios trabajarán conforme a lo establecido en la iniciativa ETMI-Plus.</p>
<p>1.3 Llevar a cabo actividades y campañas de información y comunicación en el plano regional, subregional, nacional y local para concientizar a todos los niveles acerca de la existencia, la gravedad y las vías de transmisión de las hepatitis virales, y las medidas para prevenir y controlar estas enfermedades.</p>	<p>1.3.1 Número de países que conmemoran el Día Mundial contra la Hepatitis con campañas de sensibilización o eventos temáticos de envergadura.</p> <p>Línea de base: 10 en el 2015 (8)</p> <p>Meta: 20</p>	<p>12 países y territorios (7)</p> <p>El Día Mundial contra la Hepatitis se ha consolidado en el calendario de las principales celebraciones de salud pública en la Región.</p>

Línea estratégica de acción 2: Fomentar el acceso equitativo a la atención preventiva

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Situación
<p>2.1 Mantener y ampliar los programas de vacunación contra la hepatitis B a fin de aumentar la cobertura de todos los niños y de los grupos poblacionales clave y grupos vulnerables.</p>	<p>2.1.1 Número de países que mantienen una cobertura alta (95% o más) de la vacunación contra la hepatitis B como parte del calendario ordinario de inmunización infantil (menores de 1 año).</p> <p>Línea de base: 15 en el 2013 (10)</p> <p>Meta: 25</p>	<p>17 países y territorios (10)</p> <p>En el 2017, la cobertura de la vacunación contra la hepatitis B en toda la Región aumentó de 90% a 91% y otros 2 países alcanzaron la meta de 95% o más.</p>
	<p>2.1.2 Número de países que han incluido en sus programas de inmunización la vacunación de los recién nacidos contra la hepatitis B en las</p>	<p>21 países y territorios (7)</p> <p>Además de estos 21 países y territorios que han adoptado la administración universal de la</p>

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Situación
	primeras 24 horas después del nacimiento. Línea de base: 18 en el 2013 (10) Meta: 25	vacuna al nacer, otros 13 países se la aplican solo a recién nacidos cuya madre tiene un resultado positivo del HBsAg.
2.2 Alentar a los países a que efectúen análisis epidemiológicos y de la carga de morbilidad, además de evaluaciones de las tecnologías sanitarias, tales como análisis de eficacia en función de los costos a fin de apoyar las decisiones basadas en la evidencia relacionadas con la introducción de la vacuna contra la hepatitis A (VHA).	2.2.1 Número de países que han efectuado análisis epidemiológicos y de la carga de morbilidad de la hepatitis viral A; además de evaluaciones de las tecnologías sanitarias, tales como análisis de la eficacia en función de los costos, para fundamentar la introducción de vacunas. Línea de base: 5 en el 2013 (11-15) Meta: 10	9 países (16) En varios países de la Región se han registrado brotes esporádicos de transmisión del virus de la hepatitis A en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
2.3 Fortalecer la capacidad del sector de la salud de poner en práctica las medidas necesarias para promover la aplicación más estricta de las normas, los protocolos y las recomendaciones encaminados a prevenir las infecciones por hepatitis virales en los entornos de atención de salud.	2.3.1 Número de países con medidas para la prevención de la hepatitis B en el personal de salud. Línea de base: 13 en el 2015 (8) Meta: 26	32 países y territorios (7) Estos 32 países y territorios han aplicado estrategias específicas para prevenir la transmisión del virus de la hepatitis B en el personal de salud.
2.4 Fortalecer la capacidad del sector de la salud para formular y aplicar políticas y estrategias de prevención de las infecciones por hepatitis virales entre personas que consumen drogas y otros grupos poblacionales clave.	2.4.1 Número de países con estrategias de prevención y control, como la vacunación contra la hepatitis B dirigida a grupos poblacionales clave. Línea de base: 8 en el 2015 (8) Meta: 20	14 países y territorios (7) El aumento a 14 países y territorios se atribuye a la ampliación de los programas con el fin de que los grupos de población clave se pongan al día con la vacuna contra el virus de la hepatitis B.

<i>Línea estratégica de acción 3: Fomentar el acceso equitativo a la atención clínica</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Situación
3.1 Adaptar y aplicar normas y estándares para el tamizaje, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de las hepatitis virales.	3.1.1 Número de países que han formulado directrices para la prevención, la atención y el tratamiento de la hepatitis B, de acuerdo con las recomendaciones más recientes de la OMS. Línea de base: 16 en el 2012 (9) Meta: 25	18 países y territorios (7) El principal cambio en el tratamiento recomendado tuvo lugar en el 2015, cuando el tratamiento se limitó a medicamentos antivirales orales con una barrera alta de protección contra la resistencia. Dieciocho países y territorios tienen directrices nacionales compatibles con estas nuevas pautas de tratamiento.
	3.1.2 Número de países que han formulado directrices para el tamizaje, diagnóstico, la atención y el tratamiento de la hepatitis C, de acuerdo con las recomendaciones más recientes de la OMS. Línea de base: 6 en el 2015 (8) Meta: 15	12 países y territorios (7) En abril del 2018 se publicaron recomendaciones nuevas. Hay 12 países y territorios que tienen directrices compatibles con la orientación anterior de la OMS.
	3.1.3 Número de países que han comenzado a ofrecer diagnóstico y tratamiento para la hepatitis B financiados con fondos públicos. Línea de base: 11 en el 2015 (8) Meta: 20	22 países y territorios (7) Estos 22 países y territorios ofrecen tratamiento (aunque en muchos países el acceso es limitado).
	3.1.4 Número de países que han comenzado a ofrecer diagnóstico y tratamiento para la hepatitis C financiados con fondos públicos.	15 países y territorios (7) Estos 15 países y territorios ofrecen alguna forma de tratamiento de la hepatitis financiado con fondos públicos. El número de pacientes sigue siendo limitado en la

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Situación
	Línea de base: 6 en el 2015 (8) Meta: 10	mayoría de los países, donde a menudo la decisión sobre el acceso al tratamiento se ha basado en fallos judiciales.
	3.1.5 Número de países que incluyen en sus listas o formularios nacionales de medicamentos esenciales uno o varios de los recomendados en las directrices de la OMS del 2015 para el tratamiento de la hepatitis B Línea de base: 10 en el 2015 (8) Meta: 20	22 países y territorios (7) La edición más reciente de las directrices de la OMS para el tratamiento de la hepatitis B se publicó en el 2015.
	3.1.6 Número de países que incluyen en sus listas y formularios nacionales de medicamentos esenciales uno o varios de los recomendados en las directrices de la OMS del 2014 para el tratamiento de la hepatitis C Línea de base: 8 en el 2015 (8) Meta: 15	10 países (7) Estos 10 países están usando uno de los antivirales de acción directa que se mencionan en las directrices para el tratamiento de la hepatitis C. ¹

¹ El tratamiento recomendado con antivirales de acción directa ha cambiado considerablemente en los últimos tres años. La OMS ahora recomienda el tratamiento pangénotípico, que actualmente se ofrece de tres formas. Tanto la naturaleza dinámica del tratamiento como sus precios altos han obstaculizado el acceso a este tratamiento y su aceptación.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Situación
<p>3.2 Adaptar y aplicar normas y estándares para el tratamiento de las hepatitis virales (B y C) en los pacientes coinfectados con el VIH.</p>	<p>3.2.1 Número de países que han actualizado los criterios sobre el tratamiento antirretroviral, incluida la recomendación de iniciar el tratamiento antirretroviral independientemente del recuento de CD4 en los pacientes con infección por el VIH y con hepatitis B crónica grave.</p> <p>Línea de base: 24 en el 2014 (17) Meta: 30</p>	<p>30 países y territorios (18)</p> <p>Entre estos 30 países y territorios se encuentran 22 que recomiendan el tratamiento de la infección por el VIH para todas las personas infectadas y 8 en los cuales se indica tratamiento para la infección por el VIH para los pacientes con VIH y hepatopatía grave relacionada con el virus de la hepatitis B.</p>

Línea estratégica de acción 4: Fortalecer la información estratégica

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Situación
<p>4.1 Aumentar y fortalecer la capacidad de los países de elaborar y aplicar estrategias de vigilancia, prevención, control y eliminación de las hepatitis virales.</p>	<p>4.1.1 Número de países que notifican casos de hepatitis B aguda y crónica</p> <p>Línea de base: 8 en el 2015 (8) Meta: 16</p> <p>4.1.2 Número de países que notifican casos de infección por el virus de la hepatitis C.</p> <p>Línea de base: 13 en el 2015 (8) Meta: 26</p>	<p>22 países (7)</p> <p>En el 2016 se realizaron reuniones subregionales para brindar apoyo a las actividades estratégicas de vigilancia de la hepatitis y difusión de información sobre la enfermedad en Centroamérica y América del Sur.</p> <p>18 países (7)</p> <p>Véase la observación hecha en el punto 4.1.1.</p> <p>Estos 18 países notifican al menos algunos casos de hepatitis C aguda o crónica.</p>

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Situación
	4.1.3 Número de países que efectúan encuestas sobre la prevalencia de las hepatitis virales B o C en la población general o en poblacionales clave Línea de base: 11 en el 2015 (8) Meta: 18	14 países Estos 14 países informan que realizaron al menos una encuesta sobre la prevalencia del virus de la hepatitis B o C.
4.2 Aumentar la capacidad de los países de analizar, publicar y difundir datos nacionales sobre las hepatitis virales y el impacto de las respuestas desglosados por edad, sexo y diversidad cultural.	4.2.1 Número de países que han publicado un informe nacional sobre las hepatitis virales Línea de base: 8 en 2015 (8) Meta: 15	13 países (7) Estos 13 países han publicado informes nacionales sobre la línea de base con respecto a las hepatitis virales por medio de la iniciativa de la OPS para analizar grandes volúmenes de datos a nivel de país acerca de las hepatitis.

Línea estratégica de acción 5: Fortalecer la capacidad en materia de laboratorios para apoyar el diagnóstico, la vigilancia y el suministro de sangre segura

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Situación
5.1 Emplear tecnologías innovadoras para el diagnóstico de laboratorio y el seguimiento de la respuesta al tratamiento.	5.1.1 Número de países que emplean tecnologías estandarizadas y eficaces para el seguimiento de pacientes con virus de la hepatitis B Línea de base: 10 en el 2015 (8) Meta: 20	19 países y territorios (7) Estos 19 países hacen el seguimiento del virus de la hepatitis B conforme a las pruebas de laboratorio recomendadas por la OMS.
	5.1.2 Número de países que emplean tecnologías estandarizadas y eficaces para confirmar la infección por el virus de la hepatitis C, incluyendo la serología, la genotipificación y el seguimiento del paciente Línea de base: 8 en el 2015 (8) Meta: 15	19 países y territorios (7) Estos 19 países y territorios hacen el seguimiento del virus de la hepatitis C conforme a las pruebas de laboratorio recomendadas por la OMS.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Situación
<p>5.2 Establecer normas para mejorar la seguridad de los suministros de sangre y los componentes sanguíneos.</p>	<p>5.2.1 Número de países que examinan 100% de las unidades de sangre para transfusión a fin de detectar los virus de las hepatitis B y C</p> <p>Línea de base: 39 en el 2014 (19)</p> <p>Meta: 41</p>	<p>41 países y territorios</p> <p>La cobertura del tamizaje de las donaciones de sangre sigue siendo muy alta a nivel regional. Las diferencias en los procesos de presentación de informes en algunos países y territorios son la razón por la cual no se ha registrado un aumento desde el 2015 en el número de países que examinan 100% de las unidades de sangre para transfusión.</p>

7. Además del progreso en la ejecución del plan de acción, la OPS ha emprendido una iniciativa que hace hincapié en la prevención integrada de la transmisión materno-infantil del VIH, la hepatitis B, la sífilis y la enfermedad de Chagas dentro de la plataforma común de la salud materno-infantil. Se prevé que en el 2018 al menos dos Estados Miembros instituyan este marco integrado, el *Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas (ETMI-Plus) (4)*. Las metas de la iniciativa ETMI-Plus están en consonancia con las del *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* y las de la *Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021* y, en consecuencia, las complementan.

Acción necesaria para mejorar la situación

8. Habida cuenta del progreso descrito anteriormente, entre las acciones necesarias para mejorar la situación se encuentran las siguientes:

- a) Aumentar en términos absolutos la asignación a nivel nacional de fondos destinados a las hepatitis B y C, considerando la actual carencia de fondos internacionales para apoyar la respuesta a las hepatitis a nivel de país.
- b) A fin de fortalecer la capacidad de los países para generar y utilizar información estratégica y análisis sobre la costoefectividad en la toma de decisiones, proporcionar a los Estados Miembros apoyo en la planificación nacional y en el estudio de los argumentos a favor de invertir en las hepatitis B y C, por ejemplo, elaborando un modelo sobre la carga de enfermedad basado en datos epidemiológicos empíricos y haciendo una proyección del posible impacto y costos de las intervenciones a nivel poblacional que tengan como objetivo alcanzar las metas mundiales de eliminación.

- c) Colaborar con los Estados Miembros para asegurar que no haya estigmatización ni discriminación en los servicios de prevención y atención de la hepatitis, y que se aplique un enfoque que respete los derechos humanos, la equidad, la etnicidad y el género.
- d) Fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para generar y difundir información estratégica sobre las hepatitis virales desglosada por sexo, edad, situación de los grupos de población clave y etnicidad, que sirvan de ayuda para elaborar una base de datos científicos que pueda usarse en la planificación estratégica de actividades de prevención, atención y control de las hepatitis.
- e) Seguir ampliando los programas para la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) del virus de la hepatitis B y, al mismo tiempo, adoptar la nueva plataforma ETMI-Plus que incluye, además de estas iniciativas actuales, las relacionadas con la infección por el VIH, la sífilis y la enfermedad de Chagas.
- f) Promover una ampliación urgente del acceso a los servicios de diagnóstico, atención y tratamiento de las hepatitis B y C compatibles con las prácticas recomendadas por la OMS dentro de los sistemas nacionales de salud y los sistemas de seguro de salud, incluido el acceso para los grupos de población clave y los pueblos indígenas.
- g) Interactuar aún más con las comunidades afectadas y los grupos que representan a las comunidades afectadas para acelerar la aceptación de los servicios de pruebas y tratamiento, así como la demanda de otros servicios relacionados con las hepatitis.
- h) Seguir apoyando a los Estados Miembros para que tengan acceso a medios de diagnóstico y medicamentos asequibles y de buena calidad para las hepatitis B y C y para que incorporen los tratamientos recomendados contra los virus de las hepatitis B y C en las directrices nacionales para el tratamiento de las hepatitis.
- i) La OPS ha reconocido la naturaleza dinámica del tratamiento con medicamentos antivirales de acción directa para la hepatitis C desde que el Consejo Directivo aprobó el plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales en el 2016, por lo que la Oficina brindará apoyo a los Estados Miembros para que incluyan nuevos medicamentos pangenotípicos antivirales de acción directa que sean asequibles en las listas de medicamentos esenciales y los programas de seguro de salud, y para que compren estos medicamentos mediante el Fondo Estratégico..

Intervención del Consejo Directivo

9. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota del presente informe y formule las observaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales. [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 (documento CD54/13, Rev. 1 y resolución CD54.R7) [consultado el 25 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31279&Itemid=270&lang=es
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021 [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 25 de enero del 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250578/WHO-HIV-2016.06-spa.pdf?sequence=1>
3. Organización Panamericana de la Salud. Las hepatitis B y C bajo la lupa. La respuesta de salud pública en la Región de las Américas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2016 [consultado el 25 de enero del 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31447/9789275319291-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
4. Organización Panamericana de la Salud. ETMI-Plus: Marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2017 [consultado el 25 de enero del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre las hepatitis [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 25 de enero del 2018]. Resumen de orientación en español disponible en: <http://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017-executive-summary/es/>. Informe completo en inglés disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>
6. Organización Mundial de la Salud. Global report on access to hepatitis C treatment: focus on overcoming barriers [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 25 de enero del 2018]. Disponible inglés en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250625/1/WHO-HIV-2016.20-eng.pdf?ua=1>
7. Organización Panamericana de la Salud. Las hepatitis B y C bajo la lupa: La respuesta de salud pública en la Región de las Américas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2017 [consultado el 25 de enero del 2018]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34256/hepatitis-destacados2017_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Organización Panamericana de la Salud. Country reports on viral hepatitis B and C Washington, DC: OPS; 2017. Datos sin publicar.
9. Organización Mundial de la Salud. Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 25 de enero del 2018]. Disponible en inglés en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85397/1/9789241564632_eng.pdf?ua=1.
10. Organización Panamericana de la Salud. Inmunización en las Américas: resumen 2014 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2014 [consultado el 25 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27448&Itemid=3482&lang=en.
11. Quezada A, Baron-Papillon F, Coudeville L, Maggi L. Universal vaccination of children against Hepatitis A in Chile: a cost-effectiveness study. *Rev Panam Salud Publica* 2008;23(5):303-12.
12. Ellis A, Ruttimann RW, Jacobs RJ, Meyerhoff AS, Innis BL. Cost-effectiveness of childhood hepatitis A vaccination in Argentina: a second dose is warranted. *Rev Panam Salud Publica* 2007;21(6):345-56.
13. Sartori AM, de Soárez PC, Novaes HM, Amaku M, de Azevedo RS, Moreira RC, Pereira LM, Ximenes RA, Martelli, CM. Cost-effectiveness analysis of universal childhood hepatitis A vaccination in Brazil: regional analyses according to the endemic context. *Vaccine* 2012;39(52):7489-97.
14. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Hepatitis A [Internet]. Bogotá; 2012. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Hepatitis%20A%20-%20Una%20enfermedad%20ligada%20a%20la%20pobreza%20y%20el%20subdesarrollo.pdf>
15. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), Fiore A, Wasley A, Bell B. Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 19 de mayo del 2006;55(RR-7):1-23.
16. Organización Mundial de la Salud. Vaccine-preventable diseases: monitoring system: 2017 global summary [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 25 de enero del 2018]. Disponible en inglés en: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary

17. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe [Internet]. Washington, DC: OPS; 2013 [consultado el 25 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23711&Itemid=270&lang=en
18. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Global AIDS monitoring: indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Ginebra: ONUSIDA; 2017.
19. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014. (documento CD53/6 y resolución CD53.R6) [consultado el 25 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26748&Itemid=270&lang=es

F. PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. La finalidad del presente documento es informar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el progreso en la ejecución del *Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis*, aprobado en octubre del 2015 (documento CD54/11 y resolución CD54.R10) (1, 2). La meta del plan de acción es acelerar la disminución de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis, para avanzar hacia el fin de la epidemia en la Región de las Américas. Su ejecución hará que sea posible cumplir en el 2019 con las metas estipuladas en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. El plan de acción se encuadra en el marco establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la *Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015*, conocida posteriormente como Estrategia Fin de la TB, aprobada por la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2014 (3).

2. En noviembre del 2017, la primera Conferencia Ministerial Mundial de la OMS, denominada “Poner fin a la tuberculosis en la era del desarrollo sostenible: una respuesta multisectorial”, fue organizada por la OMS y la Federación de Rusia. La conferencia emitió la Declaración de Moscú para poner fin a la tuberculosis (4), en la cual los países afirmaron su compromiso de poner fin a la epidemia de tuberculosis para el 2030. En la declaración se insta a la OMS a apoyar la aceleración de la respuesta con miras a alcanzar las metas acordadas en la Estrategia Fin de la TB y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, mediante el incremento de los compromisos nacionales y mundiales. La Región de las Américas es la región de la OMS que se encuentra más próxima a cumplir en primer lugar la meta de eliminación y la OPS se ha comprometido a prestar todo el apoyo necesario a sus Estados Miembros con este fin. Después de la conferencia de Moscú, en el 2018 se celebrará la primera reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el fin de la tuberculosis, que reforzará el compromiso de las instancias políticas más altas con el logro de la eliminación de la tuberculosis.

Análisis del progreso alcanzado

3. Desde el 2015 los países de la Región han elaborado o actualizado sus planes estratégicos nacionales de tuberculosis, en consonancia con la estrategia mundial y el plan de acción regional. Se han logrado avances en los tres indicadores de resultados intermedios y en los indicadores de las tres líneas estratégicas de acción establecidas en el plan de acción. Las principales fuentes de información utilizadas en el presente examen de mitad de período fueron el informe mundial de tuberculosis de la OMS del 2017 (5), los informes de las visitas de seguimiento y evaluación de los programas nacionales de control de la tuberculosis, y los informes de consultas y talleres subregionales y regionales (6).

<i>Indicadores de resultados intermedios</i>		
Indicador	Línea de base y meta	Estado
1. Número acumulado de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente tratados con éxito en programas que han adoptado la estrategia recomendada por la OMS desde 1995	Línea de base: 1,45 millones de pacientes en el 2013 Meta: 2,50 millones de pacientes en el 2019	Al 2015 (la cohorte más reciente disponible), 2,05 millones de pacientes con tuberculosis habían recibido un tratamiento exitoso en los países.
2. Número anual de pacientes con tuberculosis multi-drogorresistente, presunta o confirmada, basado en las definiciones de la OMS (2013), incluidos los casos resistentes a la rifampicina (TB-RR), que reciben tratamiento contra la tuberculosis multi-drogorresistente (TB-MDR) en la Región	Línea de base: 2.960 pacientes en el 2013 Meta: 5.490 pacientes en el 2019	Al 2016 (datos más recientes disponibles), han recibido tratamiento 3.509 pacientes con TB-MDR o TB-RR, presunta o confirmada.
3. Porcentaje de nuevos pacientes con tuberculosis diagnosticada, en comparación con el número del total de casos incidentes de tuberculosis	Línea de base: 79% en el 2013 Meta: 90% en el 2019	Al 2016 (datos más recientes disponibles) se diagnosticaron 81% de los casos nuevos estimados de tuberculosis.

4. En relación con la primera línea estratégica, se ha brindado cooperación técnica a los programas nacionales de control de la tuberculosis por medio de misiones enviadas a los países y actividades de fortalecimiento de la capacidad. La capacidad de diagnóstico temprano y detección de casos se ha aumentado por medio de una subvención regional del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria destinada a fortalecer los laboratorios de tuberculosis en 20 países (7). Se ha fortalecido el tratamiento de la tuberculosis y la tuberculosis farmacorresistente gracias al apoyo técnico prestado por el Comité Luz Verde regional y el trabajo conjunto con el Fondo Estratégico de la OPS está mejorando la gestión de los medicamentos contra la tuberculosis. Asimismo, se han reforzado las actividades de colaboración TB/VIH, lo que ha incluido la actualización de la guía clínica regional. Se han abordado más a fondo otras comorbilidades como la tuberculosis y la diabetes, y la tuberculosis y el tabaquismo.

<i>Línea estratégica de acción 1: Prevención y atención integrada de la tuberculosis, centrada en las personas afectadas por la enfermedad</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>1. Fortalecer la prevención y la atención integrada de la tuberculosis, centrada en las personas afectadas por la enfermedad y de acuerdo con los estándares internacionales de atención de la tuberculosis</p>	<p>1.1 Número de países que diagnostican y tratan la tuberculosis de acuerdo con los estándares internacionales de atención de la tuberculosis</p> <p>Línea de base: 20 en el 2013 Meta: 35 en el 2019</p>	<p>Hasta el 2017, 25 países han actualizado sus guías nacionales sobre la tuberculosis con el fin de incluir las recomendaciones de la OMS sobre el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Un factor que ha limitado el progreso de este indicador han sido las actualizaciones frecuentes de las recomendaciones en materia de tuberculosis, sobre todo los nuevos medios de diagnóstico y medicamentos. Asimismo, los procedimientos de examen y aprobación a escala del país pueden retrasar la actualización de las guías nacionales.</p> <p>La OPS presta apoyo a los programas nacionales de control de la tuberculosis en estos procesos.</p>
	<p>1.2 Número de países que realizan el tratamiento preventivo sistemático a los contactos menores de 5 años de los casos de tuberculosis activa</p> <p>Línea de base: 5 en el 2013 Meta: 20 en el 2019</p>	<p>Al 2017, 15 países proveen el tratamiento preventivo con isoniacida a los menores de 5 años que son contactos de casos de tuberculosis activa, según lo que recomienda la OPS/OMS.</p> <p>La actividad que refleja este indicador es fundamental para la prevención de la tuberculosis en un grupo sumamente vulnerable; además, junto con la detección de casos de tuberculosis, es clave para lograr la eliminación de la enfermedad. Se está trabajando para aumentar la notificación y el seguimiento.</p>

Objetivos	Indicador, línea de base y meta	Estado
	<p>1.3 Número de países que realizan el tratamiento preventivo sistemático de acuerdo con las guías nacionales a las personas coinfectadas por TB/VIH</p> <p>Línea de base: 5 en el 2013 Meta: 10 en el 2019</p>	<p>Al 2017, siete países informan la iniciación del tratamiento preventivo con isoniacida en las personas con infección por el VIH. Existen indicios sobre una amplia ejecución de esta medida en los servicios de VIH, pero los datos disponibles son escasos.</p> <p>Algunos países han elaborado mecanismos innovadores a fin de registrar y notificar esta información.</p>
	<p>1.4 Número de países que diagnostican más de 85% de los casos de TB-MDR estimados entre los casos de tuberculosis notificados</p> <p>Línea de base: 6 en el 2013 Meta: 16 en el 2019</p>	<p>Al 2017, solo en un país se diagnostica más de 85% de los casos estimados de TB-MDR, incluida la TB-RR, entre los casos de tuberculosis notificados según la clasificación actual de la OMS de la tuberculosis farmacorresistente (8) y tras la introducción en los países de la prueba molecular de diagnóstico rápido, Xpert® MTB/RIF.</p> <p>Ha habido modificaciones en la definición de la OMS de TB-MDR, que ahora incluye la TB-RR, sustituyendo así los criterios utilizados en la definición de los valores de la línea de base y las metas del 2013. Es preciso ajustar este indicador en consecuencia.</p> <p>En la actualidad, la OPS facilita la adopción de la prueba Xpert® MTB/RIF. También brinda apoyo con el fin de mejorar la vigilancia rutinaria de la tuberculosis farmacorresistente, con lo cual se dispondrá de datos más adecuados y se lograrán cálculos más realistas.</p> <p>Nota: Este indicador se debe actualizar de manera que refleje la clasificación vigente de la tuberculosis farmacorresistente de la OMS y reformular como “Número de países que diagnostican más de 85% de los casos de TB-MDR y TB-RR estimados entre los casos notificados de</p>

Objetivos	Indicador, línea de base y meta	Estado
		tuberculosis”. En consecuencia, se podrían modificar de manera más realista la línea de base y la meta a uno y diez países, respectivamente.
	1.5 Número de países que inician el tratamiento a 100% de los casos de TB-MDR notificados Línea de base: 6 en el 2013 Meta: 12 en el 2019	Al 2017, 14 países inician tratamiento a todos sus casos notificados de TB-MDR, cifra que ya supera el objetivo fijado para el 2019. Los expertos en TB-MDR prestaron un intenso apoyo técnico por conducto del mecanismo regional del Comité Luz Verde.
	1.6 Número de países donde 100% de los casos de coinfección TB/VIH reciben tratamiento antirretroviral Línea de base: 6 en el 2013 Meta: 15 en el 2019	Al 2017, nueve países proveen tratamiento antirretroviral a todos los pacientes que presentan coinfección por TB/VIH. La OPS brinda apoyo a los países para cumplir con este importante indicador y los programas de control de la infección por el VIH están aumentando el acceso a los medicamentos antirretrovirales, beneficiando así a los pacientes coinfectados.

5. El compromiso político se ha acentuado gracias a la coordinación con el Frente Parlamentario Regional contra la Tuberculosis (9), que incluye a representantes de 20 países de la Región de las Américas. Se brindó apoyo a la celebración anual del Día Mundial de la Tuberculosis. Se ha promovido la intensificación de la labor con los grupos vulnerables (niños y grupos indígenas) y la participación de las organizaciones de la sociedad civil; se ha contribuido al fortalecimiento del análisis de la información sobre la tuberculosis; y se han adoptado medidas que fomentan la inclusión de los pacientes con tuberculosis en los programas de protección social.

<i>Línea estratégica de acción 2: Compromiso político, protección social y cobertura universal del diagnóstico y el tratamiento oportunos de la tuberculosis</i>		
Objetivos	Indicador, línea de base y meta	Estado
2. Formular e implementar planes nacionales de control de la tuberculosis de acuerdo con la estrategia	2.1 Número de países que implementan planes actualizados de acuerdo con la estrategia mundial Línea de base: 0 en el 2013 Meta: 30 en el 2019	Al 2017, 21 países están ejecutando planes estratégicos nacionales contra la tuberculosis, basados en la Estrategia Fin de la TB.

Objetivos	Indicador, línea de base y meta	Estado
mundial, que refuercen el compromiso político y la atención integral del control de la tuberculosis, enmarcados en la <i>Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud</i> , y la protección social	<p>2.2 Número de países que han financiado sus planes estratégicos actualizados de acuerdo con la estrategia mundial</p> <p>Línea de base: 0 en el 2013 Meta: 30 en el 2019</p>	<p>Al 2016, 15 países informaron contar con financiamiento para sus planes estratégicos nacionales actualizados contra la tuberculosis. Las actividades tenían 67% de financiamiento interno, 15% de financiamiento internacional y 18% no tenían financiamiento; la proporción de actividades sin financiamiento el año anterior había sido de 21%.</p>
	<p>2.3 Número de países que tienen redes comunitarias trabajando en el control de la tuberculosis</p> <p>Línea de base: 3 en el 2013 Meta: 10 en el 2019</p>	<p>Al 2017, 13 países habían establecido redes comunitarias de apoyo a las actividades de prevención y control de la tuberculosis, en coordinación con las autoridades y los establecimientos de salud. Teniendo en cuenta las experiencias en estos países, la OPS está promoviendo la creación de una red comunitaria regional que facilitará la creación y la ampliación de las redes nacionales.</p>
	<p>2.4 Número de países con regulaciones establecidas referentes al registro, la importación y la fabricación de productos médicos</p> <p>Línea de base: 28 en el 2013 Meta: 30 en el 2019</p>	<p>Al 2017, 31 países han establecido regulaciones sobre aspectos relacionados con el registro, la importación y la fabricación de productos médicos, incluidos los destinados a la tuberculosis (medicamentos, medios de diagnóstico e insumos), lo que ha excedido la meta (10, 11).</p>
	<p>2.5 Número de países que incluyen a las personas afectadas por la tuberculosis en programas de protección social</p> <p>Línea de base: 5 en el 2013 Meta: 15 en el 2019</p>	<p>Al 2017, diez países cuentan con programas de protección social que incluyen a los pacientes con tuberculosis. En algunos casos los programas benefician también a sus familias.</p> <p>Una enseñanza extraída de la puesta en práctica de estos programas de protección social se refiere a su sostenibilidad. Cuando estos programas se ejecutan solo por un corto período pueden aparecer efectos negativos, como la pérdida de adhesión al tratamiento.</p>

6. En relación con la tercera línea estratégica, se ha fomentado la introducción de nuevas tecnologías de diagnóstico (la prueba GeneXpert® y el ensayo con sondas en línea) y nuevos medicamentos (bedaquilina y delamanid). Se fortaleció la capacidad nacional mediante capacitación (curso SORT-IT) en la realización de investigación operativa. Se amplió la iniciativa para el control de la tuberculosis en grandes ciudades a 13 centros urbanos. En el marco de la iniciativa de eliminación de la tuberculosis se ha desarrollado la farmacovigilancia activa de la tuberculosis farmacorresistente en cinco centros piloto y se realiza el seguimiento en siete países con carga de enfermedad baja.

<i>Línea estratégica de acción 3: Investigación operativa e implementación de iniciativas y herramientas innovadoras para la prevención y el control de la tuberculosis</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
3. Implementar iniciativas y herramientas innovadoras para el control de la tuberculosis, con la medición y la evaluación del aporte de las mismas en materia de diagnóstico y resultados del tratamiento, mediante investigaciones operativas, en cada uno de los Estados Miembros	3.1 Número de países con redes nacionales de investigación en tuberculosis formadas y funcionales, que incluyen los programas nacionales de control de la tuberculosis Línea de base: 1 en el 2013 Meta: 10 en el 2019	Al 2017, tres países han creado redes nacionales de investigación sobre la tuberculosis que están en funcionamiento y se coordinan con el programa nacional de control de la tuberculosis, y otros países están en el proceso de constituir las.
	3.2 Número de países que cuentan con planes de investigación operativa sobre tuberculosis Línea de base: 1 en el 2013 Meta: 10 en el 2019	Al 2017, seis países han elaborado planes de investigación operativa sobre la tuberculosis en temas específicos. Otros países están definiendo sus prioridades de investigación como primera etapa en la elaboración de un plan.
	3.3 Número de países que utilizan las nuevas herramientas para el control de la tuberculosis Línea de base: 11 en el 2013 Meta: 20 en el 2019	Al 2017, 16 países están utilizando las nuevas herramientas en la prevención y el control de la tuberculosis, incluidos los nuevos medios de diagnóstico (la prueba GeneXpert® y el ensayo con sondas en línea). Se están ejecutando iniciativas innovadoras en el control de la tuberculosis en grandes ciudades, que han contribuido a aumentar la detección de casos.

Medidas necesarias para mejorar la situación

7. Examinar la posibilidad de renovar los compromisos y los llamamientos a la acción de la Declaración de Moscú para poner fin a la tuberculosis, incluido el fortalecimiento de las intervenciones interprogramáticas e intersectoriales, la participación de la sociedad civil en la prevención y el control de la tuberculosis, la acción coordinada con el Frente

Parlamentario Regional contra la Tuberculosis con el objeto de reforzar el compromiso político y el financiamiento interno por parte de los gobiernos, y la investigación operativa encaminada a fundamentar las políticas. Además, se debe dar seguimiento a las decisiones que se tomen en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el fin de la tuberculosis en septiembre del 2018.

8. Intensificar la detección de casos de tuberculosis en los países a fin de abordar la brecha existente de 50.000 casos sin diagnosticar en la Región que contribuye a sostener la transmisión de la tuberculosis, mediante la elaboración de estrategias como campañas de información y comunicación sobre los síntomas de la enfermedad dirigidas a los grupos vulnerables, una mayor promoción de los servicios relacionados con la tuberculosis y el refuerzo de la capacitación del personal del sector de la salud en materia de tuberculosis, entre otras.

9. Crear o fortalecer servicios apropiados para los grupos vulnerables a la tuberculosis como los niños, los privados de libertad, los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los drogadictos, las personas de la calle y las personas pobres en los entornos urbanos, teniendo presentes los aspectos sociales y culturales.

10. Promover el diagnóstico temprano tanto de la tuberculosis sensible como de la tuberculosis farmacorresistente, con la utilización de métodos moleculares de diagnóstico rápido como la prueba GeneXpert® —en el primer nivel de atención para el diagnóstico inicial, pues también puede servir como plataforma de diagnóstico de múltiples enfermedades— y el ensayo con sondas en línea.

11. Continuar con el fortalecimiento de las redes de laboratorios de tuberculosis por medio del transporte eficaz de las muestras, el control de calidad y la interconectividad que permita una transmisión inmediata de los resultados.

12. Promover la transición hacia un enfoque centrado en el paciente con el fin de mejorar el tratamiento de los grupos afectados de una manera integrada. Se precisan con urgencia medidas que faciliten el cumplimiento terapéutico, como introducir y ampliar esquemas más cortos contra la TB-MDR, utilizar medicamentos en dosis fijas combinadas y presentaciones dispersables pediátricas más recientes, y ejecutar mecanismos innovadores de supervisión del tratamiento, así como abordar la estigmatización que aún rodea a la tuberculosis.

13. Estudiar la presencia cada vez mayor de enfermedades concomitantes con la tuberculosis, sobre todo las vinculadas con la diabetes y la salud mental (adicciones), y elaborar enfoques innovadores interprogramáticos que las aborden.

14. Promover la inclusión de los pacientes con tuberculosis y sus familias en los esquemas existentes de protección social en los países, con el fin de aliviar sus necesidades, facilitar la adhesión terapéutica y mejorar los resultados como lo demuestra la evidencia.

15. Mejorar la difusión de la información sobre la tuberculosis en el sistema de información de salud de los países y el análisis de los datos dirigidos a la toma de decisiones.

Intervención del Consejo Directivo

16. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota del presente informe y haga las observaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 (documento CD54/11, Rev. 1) [consultado el 9 de febrero del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31244&Itemid=270&lang=es.
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 (resolución CD54.R11) [consultado el 9 de febrero del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31899&Itemid=270&lang=es.
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después del 2015 [Internet]. 67.ª Asamblea Mundial de Salud; del 19 al 24 de mayo del 2014; Ginebra. Ginebra: OMS; 2014 (resolución WHA67.1) [consultado el 9 de febrero del 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Moscow Declaration to End TB [Internet]. Primera Conferencia Ministerial, “Poner fin a la tuberculosis en la era del desarrollo sostenible: una respuesta multisectorial”; del 16 al 17 de noviembre del 2017; Moscú. Moscú: OMS; 2017 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/tb/features_archive/Moscow_Declaration_to_End_TB_final_ENGLISH.pdf?ua=1
5. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2017 [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Se puede consultar la sinopsis en español en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf y el informe completo en inglés en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

6. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis: meeting reports [Internet]. Washington, DC; 2018. Disponible en inglés en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdfmore&cid=4465&Itemid=40776&lang=es
7. Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Grant: strengthening of the TB laboratory network in the Americas [consultado el 9 de febrero del 2018]. Disponible en inglés en:
<https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/applicant/grant/?k=128fee49-5c69-4230-9600-76bd78772be9&grant=QRA-T-ORAS>
8. Organización Mundial de la Salud. Definiciones y marco de trabajo para la notificación de tuberculosis: Revisión 2013 (actualizado en diciembre del 2014) [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 9 de febrero del 2018]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/111016/9789243505343_spa.pdf
9. Plataforma Regional América Latina y el Caribe. Nace el Frente Parlamentario Regional de las Américas contra la Tuberculosis [Internet]. 25 de abril del 2016. Disponible en:
<https://plataformalac.org/2016/04/se-lanzo-en-brasil-el-frente-parlamentario-regional-de-las-americas-contra-la-tuberculosis/>
10. Organización Panamericana de la Salud. Sistema de evaluación de Autoridades Reguladoras Nacionales de Medicamentos [Internet]. Washington, DC; 2018. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1615%3A2009-sistema-evaluacion-autoridades-reguladoras-nacionales-%20technologies&Itemid=1179&lang=es
11. Caribbean Public Health Agency. What we do: The Caribbean Regulatory System (CRS) [Internet]. Disponible en inglés en:
<http://carpha.org/What-We-Do/Laboratory-Services-and-Networks/CRS>.

G. PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2016-2021: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. La finalidad del presente documento es informar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el progreso alcanzado en la ejecución del *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 (1)*. El plan está en consonancia con la visión, las metas y las líneas estratégicas de acción de las estrategias mundiales del sector de la salud para el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el período 2016-2021 (2,3) y de la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030 (4)*. El plan concuerda además con el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Su ejecución contribuirá a la meta de poner fin al sida como un problema de salud pública establecida en el ODS 3 (5). El objetivo del plan de acción es acelerar el progreso para poner fin a las epidemias de sida y de ITS como problemas de salud pública en la Región de las Américas para el 2030, al reducir la incidencia de casos nuevos de infección por el VIH, la mortalidad relacionada con el sida y las complicaciones relacionadas con las ITS. Asimismo, el plan integra las metas de la anterior *Estrategia regional y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita (6)*.

Análisis del progreso alcanzado

2. En el presente informe se resumen los avances logrados en la Región hacia la implementación de los objetivos del plan en la mitad del período en el 2016-2017. También se destacan los retos que deberán superarse en los próximos tres años con el fin de alcanzar las metas definidas en el plan. En los cuadros que figuran a continuación se indican las líneas de base, las metas y el progreso con respecto a los indicadores generales de impacto y también a los indicadores relacionados con los objetivos del plan en cada una de las líneas estratégicas.

3. A menos que se indique algo diferente, las principales fuentes consultadas al preparar este informe fueron el sistema mundial de recopilación de datos de seguimiento del sida (GAM, por su sigla en inglés) del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (7, 8), así como el informe *Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa* de la OPS y el ONUSIDA del 2017 (9), complementado con revisiones de la documentación sobre los planes, las estrategias y las políticas nacionales.

Objetivo	Indicador de impacto	Situación
Acelerar el progreso hacia el fin del sida y de las epidemias de ITS como problema de salud pública en la Región de las Américas para el 2030.	1. Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH^{a, b} Línea de base: 120.000 (2014) ^c Meta: 40.000 (2020)	120.000 (2016) (7). No se ha observado modificación en el número de casos nuevos estimados. La prioridad regional son las estrategias ampliadas e innovadoras de prevención combinada de la infección por el VIH.
	2. Número estimado de muertes relacionadas con el sida^{a, b} Línea de base: 50.000 (2014) ^c Meta: 19.000 (2020)	49.000 (2016) (7). La estimación de las muertes relacionadas con el sida ha disminuido un 2%. El diagnóstico tardío limita aún el impacto del tratamiento sobre la mortalidad relacionada con el VIH.
	3. Proporción (%) de transmisión materno-infantil del VIH^{b, d} Línea de base: 12% (2014) ^c Meta: 2% o menos (2020)	9% (2016). Se calcula que la tasa de transmisión materno-infantil en América Latina ha disminuido un 32%, aunque permanece estacionaria en el Caribe. A fin de disminuir esta proporción se precisan mayores esfuerzos para llegar a las adolescentes y las mujeres adultas de los grupos de población clave y a las personas en condiciones de vulnerabilidad.
	4. Incidencia de sífilis congénita (número de casos por 1.000 nacidos vivos)^{d, e, f} Línea de base: 1,4% (2014) Meta: 0,5 o menos (2020)	1,6 (2016). Los principales factores que afectan el progreso son la utilización insuficiente de medios diagnósticos en el punto de atención, la escasez de penicilina G benzatina, el acceso tardío a la atención prenatal y la baja cobertura del tratamiento adecuado de las embarazadas y sus parejas.
	5. Número estimado de casos nuevos de cáncer cervicouterino^{e, h} Línea de base: 83.200 (2012) Meta: 79.000 (2020)	La OMS y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer Globocan no contaban con estimaciones actualizadas. La ejecución del nuevo <i>Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030</i> facilitará el seguimiento de este indicador mediante el mejoramiento de la recolección, el análisis y la modelización de los datos.

Línea estratégica de acción 1: Fortalecimiento de las funciones de rectoría, gobernanza, planificación estratégica e información

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
1.1 Formular o actualizar planes o estrategias nacionales con respecto a la	1.1.1 Número de países con una estrategia nacional contra la infección por el VIH/sida que incorpora las metas regionales en materia de prevención y las metas 90-90-90 ^{e, i}	33 países (2016). Las metas regionales de prevención y las metas 90-90-90 han sido incorporadas en los planes o las

Línea estratégica de acción 1: Fortalecimiento de las funciones de rectoría, gobernanza, planificación estratégica e información		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
infección por el VIH y las ITS a fin de poner fin a las epidemias de sida e ITS como problema de salud pública, de acuerdo con los planes y las estrategias mundiales y regionales.	Línea de base: 20 (2015) Meta: 30 (2020)	estrategias nacionales contra la infección por el VIH.
	1.1.2 Número de países y territorios en los que se ha validado la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis ^{e, i} Línea de base: 1 (2015) Meta: 20 (2020)	7 (2017). Se validó la eliminación en un país en el 2015 y en seis países en el 2017 (todos del Caribe); otros seis países presentaron la solicitud en el 2016 pero no obtuvieron la validación: tres no cumplieron las metas y tres se evaluarán de nuevo en el 2018.
	1.1.3 Número de países que han elaborado estrategias nacionales contra las ITS de acuerdo con la estrategia mundial del sector de la salud para las ITS ^{e, i} Línea de base: 9 (2015) Meta: 20 (2020)	11 países (2016). Al 2016, once países habían elaborado planes o estrategias nacionales contra las ITS de acuerdo con la estrategia mundial del sector de la salud para las ITS de la OMS.

Línea estratégica de acción 2: Fortalecimiento del marco normativo para la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
2.1 Revisar y actualizar directrices y normas para la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la atención integral y el tratamiento de las ITS, la infección por el VIH y las coinfecciones.	2.1.1 Número de países y territorios que han actualizado sus directrices nacionales para la atención y el tratamiento de la infección por el VIH de acuerdo con las directrices más recientes de la OMS ^{d, e} Línea de base: 5 (2015) Meta: 25 (2020)	22 (2017). Hasta este momento 22 países han actualizado sus directrices nacionales e incluyeron la recomendación de la OMS de “tratamiento para todos” y en otros seis países el proceso de revisión de su política está en curso.
	2.1.2 Número de países y territorios que han actualizado sus directrices nacionales para el manejo de las ITS de acuerdo con las directrices más recientes de la OMS ^{e, i} Línea de base: 0 (2015) Meta: 17 (2020)	16 (2016). Tras la publicación de las nuevas directrices de manejo de las ITS de la OMS en el 2015, 16 países informaron que sus directrices nacionales están en consonancia con estas normas mundiales más recientes.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>2.2 Implementar y ampliar la cobertura de intervenciones clave para la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH.</p>	<p>2.2.1 Número de países en los que por lo menos 90% de las personas que se estima que están infectadas por el VIH han sido diagnosticadas^{b, d}</p> <p>Línea de base: 0 (2014) Meta: 10 (2020)</p>	<p>0 (2016) (8). Ningún país había alcanzado todavía la meta, pero tres países informaron que habían diagnosticado más de 85% de la población que se estima que tiene la infección por el VIH (81% en América Latina en su totalidad; 64% en el Caribe).</p>
	<p>2.2.2 Número de países donde la cobertura con tratamiento antirretroviral abarca al menos 80% de las personas con infección por el VIH^{b, d}</p> <p>Línea de base: 0 (2014) Meta: 10 (2020)</p>	<p>0 (2016) (8). Ningún país había alcanzado todavía la meta de 80%, pero tres países lograron una cobertura entre 60% y 70% (58% en América Latina; 52% en el Caribe). En América Latina y el Caribe en su totalidad se observó un aumento considerable, de 48% en el 2015 a 56% en el 2016.</p>
<p>2.3 Implementar y ampliar la cobertura de intervenciones clave para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS, incluida la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis.</p>	<p>2.3.1 Número de países y territorios donde la cobertura con el tratamiento de la sífilis en las embarazadas llega por lo menos a 95%^{e, i}</p> <p>Línea de base: 14 (2014) Meta: 30 (2020)</p>	<p>19 (2016). Las principales dificultades consisten en la utilización insuficiente de medios diagnósticos en el punto de atención y la incapacidad de adoptar un tratamiento inmediato, la escasez de penicilina G benzatina y el acceso tardío a la atención prenatal.</p>
<p>2.4 Ejecutar estrategias para la prevención y el control de resistencia del VIH y las ITS a los antimicrobianos</p>	<p>2.4.1 Número de países que vigilan la resistencia gonocócica de conformidad con las recomendaciones de la OPS/OMS^{e, i}</p> <p>Línea de base: 8 (2015)^j Meta: 23 (2020)</p>	<p>12 países (2016). Aumentó el número de países que informan datos sobre la resistencia gonocócica a los antimicrobianos por conducto de la ReLAVRA, pero aún es necesario ampliar la vigilancia basada en una metodología estandarizada.</p>

Línea estratégica de acción 3: Acceso ampliado y equitativo a servicios integrales y de buena calidad para la infección por el VIH y las ITS		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
3.1 Aumentar el acceso equitativo a intervenciones para la prevención combinada de la infección por el VIH y las ITS en poblaciones clave, así como la cobertura con estas intervenciones.	3.1.1 Mediana regional de la proporción (%) de los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se han sometido a una prueba para detectar el VIH en los últimos 12 meses y saben el resultado ^{b, d, k} Línea de base: 47% (2014) Meta: 90% (2020)	48% (2016) (9). Los países adoptaron enfoques más específicos, como las actividades de extensión comunitaria, encaminadas a mejorar el acceso de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a las pruebas de detección del VIH. La mayoría de estos programas depende todavía en gran medida del financiamiento de donantes.
	3.1.2 Mediana regional de la proporción (%) de trabajadoras sexuales que se han sometido a una prueba para detectar el VIH en los últimos 12 meses y saben el resultado ^{b, d, k} Línea de base: 65% (2014) Meta: 90% (2020)	65% (2016) (9). Igual que el anterior.
	3.1.3 Mediana regional de la proporción (%) de los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que informan el uso de condón en la última relación sexual anal con pareja masculina ^{b, d, k} Línea de base: 64% (2014) Meta: 90% (2020)	63% (2016) (9). No se observó ninguna mejora de este indicador. La OMS recomienda no solo que se mejoren los enfoques tradicionales de prevención, sino que se adopten además las nuevas intervenciones biomédicas (por ejemplo, la profilaxis previa a la exposición [PrEP] y la profilaxis posterior a la exposición [PEP] para la exposición no ocupacional).
	3.1.4 Número de países que presentan datos sobre el acceso a pruebas de detección del VIH o servicios de prevención en mujeres transgénero ^{b, d} Línea de base: 1 (2015) Meta: 10 (2020)	15 países (2016) (8). El número de países que recopila información sobre las mujeres transgénero ha aumentado de manera considerable y ya excede la meta para el 2020.
3.2 Mejora de la calidad de la atención y el tratamiento de la infección por el VIH.	3.2.1 Número de países que logran una retención de 90 % durante 12 meses de tratamiento antirretroviral ^{b, d} Línea de base: 5 (2014) Meta: 18 (2020)	5 países (2016) (8). Aunque solo cinco países alcanzaron la meta de 90%, otros siete tienen una tasa de retención superior a 80% durante los 12 meses.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
	<p>3.2.2 Número de países que logran una supresión viral de 90% (carga viral de menos de 1.000 copias/ml) en las personas que reciben tratamiento antirretroviral^{b, d}</p> <p>Línea de base: 1 (2015) Meta: 10 (2020)</p>	<p>2 (2016) (7). Aunque solo dos países (Brasil y Chile) han alcanzado la meta de 90%, otros cinco informan tasas de supresión viral superiores a 80%.</p>
<p>3.3 Promover y fortalecer la participación eficaz de la sociedad civil en la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS.</p>	<p>3.3.1 Número de países que cuentan con el apoyo de proveedores pares para los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral^{b, d, 1}</p> <p>Línea de base: 21 (2015) Meta: 33 (2020)</p>	<p>28 países (2016). Más países ofrecen el apoyo de proveedores pares a las personas con infección por el VIH que reciben tratamiento, pero esta actividad depende todavía en gran medida del financiamiento externo o del servicio voluntario. No se cuenta con información sobre la cobertura.</p>

Línea estratégica de acción 4: Mayor y mejor financiamiento de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS, con equidad y uso eficiente de los recursos a fin de lograr la sostenibilidad

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>4.1 Asegurar el acceso universal a servicios de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS con recursos nacionales.</p>	<p>4.1.1 Número de países que no dependen o que dependen poco del financiamiento externo para la respuesta a la infección por el VIH (de 0 a 5% del total del financiamiento)^{e, m}</p> <p>Línea de base: 11 (2014) Meta: 17 (2020)</p>	<p>Aún no se cuenta con datos sobre la dependencia general del financiamiento externo para la respuesta a la infección por el VIH. En el 2017, solo seis países informaron que no dependían del financiamiento externo para la prevención de la infección por el VIH (9).</p>

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
4.2 Promover la eficiencia en la compra de medicamentos y otros productos estratégicos para la infección por el VIH y las ITS.	<p>4.2.1 Número de países que utilizan el Fondo Estratégico de la OPS u otros mecanismos regionales para mejorar el acceso a antirretrovirales y otros productos para la infección por el VIH, las ITS y las infecciones oportunistas^{e, i}</p> <p>Línea de base: 15 (2015) Meta: 20 (2020)</p>	19 países (2016). En el 2016, 13 países compraron medicamentos antirretrovirales por conducto del Fondo Estratégico de la OPS. La Organización de los Estados del Caribe Oriental compra de medicamentos antirretrovirales mediante un mecanismo de compras mancomunadas.

^a Fuente: ONUSIDA, estimaciones obtenidas con el programa Spectrum (datos validados y aprobados por los países).

^b La línea de base y las metas se refieren a América Latina y el Caribe.

^c La línea de base y las metas se actualizaron en el 2017 de manera que correspondan a las nuevas estimaciones del ONUSIDA para el 2014.

^d Fuente: ONUSIDA, OMS y UNICEF, Monitoreo mundial del sida (GAM, por sus siglas en inglés).

^e La línea de base y las metas se refieren a la Región de las Américas.

^f Fuente: Informes sobre la eliminación de la transmisión materno-infantil de los países que solicitan la validación (otra fuente además del GAM).

^g La línea de base se puso al día en el 2017, a fin de que corresponda con la información actualizada sobre el número de casos de sífilis congénita publicada o comunicada a la OPS por los países. Los retrasos se debieron a la notificación tardía de los casos y al trabajo en el mejoramiento de los sistemas de información.

^h Fuente: OMS, Centro Internacional de Investigaciones sobre el cáncer. Estimaciones de Globocan o de los países.

ⁱ Fuente: OPS, revisión de documentación.

^j La línea de base se actualizó como resultado de la revisión de documentación sobre los resultados disponibles de la Red latinoamericana de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos (ReLAVRA).

^k Estas proporciones de base representan el valor mediano de una serie de resultados recogidos en encuestas de comportamiento.

^l El indicador original (*Número de países con trabajadores de la comunidad que proporcionan apoyo a los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral*) se ha eliminado del GAM. El indicador, la línea de base y la meta actuales se han puesto al día, de manera que correspondan con el sistema vigente de recogida de datos.

^m Fuente: ONUSIDA, Aidsinfo. Se puede consultar en: <http://aidsinfo.unaids.org>.

Medidas necesarias para mejorar la situación

4. Los países deben acelerar su respuesta nacional encaminada a poner fin a las epidemias del sida y las ITS como problemas de salud pública para el 2030 y a ampliar el acceso equitativo y la cobertura de los servicios relacionados con la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual, en el marco más amplio de la cobertura universal de salud y los procesos en curso de reforma de los sistemas de salud (10).

5. El fortalecimiento de los programas de prevención de la infección por el VIH y las ITS con un enfoque combinado y centrado en la persona y en la comunidad es fundamental para aumentar el impacto sobre la incidencia de infección por el VIH. Se debe ofrecer la gama completa de intervenciones de gran impacto recomendadas por la OMS, incluidas la PrEP y la PEP para la exposición sexual no ocupacional, haciendo hincapié en los grupos de población clave y otros en situación de vulnerabilidad (11-13). Asimismo, se deben adoptar tecnologías de comunicación nuevas para promocionar el acceso a los servicios de información y prevención entre adolescentes y jóvenes. Es importante reconocer la

contribución de la sociedad civil y aumentar su financiamiento, con el fin de garantizar la sostenibilidad de los servicios que están a su cargo.

6. Se deben incorporar y ampliar los enfoques innovadores y eficaces basados en la evidencia encaminados a mejorar los servicios de pruebas de detección del VIH, como las pruebas diagnósticas dirigidas a los grupos de población clave y realizadas en la comunidad, las “pruebas de triaje” realizadas por prestadores no profesionales capacitados, las pruebas autoadministradas de detección del VIH y los servicios voluntarios de notificación a la pareja (14,15). Es urgente abordar los obstáculos a la realización de las pruebas de detección del VIH, incluidos los algoritmos complejos e ineficientes de diagnóstico, las normas y los reglamentos nacionales que limitan la delegación de tareas para realizar las pruebas rápidas, los requisitos de consentimiento informado firmado, la obligación de asesoramiento anterior a la prueba (a favor de una información más breve antes de la prueba) y el consentimiento de los padres en el caso de los adolescentes.

7. Los países deben adoptar plenamente la nueva plataforma denominada ETMI Plus destinada a la eliminación de la transmisión maternoinfantil, que integra las intervenciones para eliminar la infección perinatal por el VIH y por el virus de la hepatitis B, y la sífilis y la enfermedad de Chagas congénitas en programas fortalecidos de salud maternoinfantil y de salud sexual y reproductiva al nivel de la atención primaria. Se precisan esfuerzos continuos para alentar a las embarazadas y sus parejas a buscar atención prenatal temprana, que incluya la detección temprana y las intervenciones inmediatas y el seguimiento. Los servicios en el punto de atención y las intervenciones en la comunidad son estrategias esenciales para aumentar la tasa de realización de las pruebas de detección, sobre todo en los adolescentes y las mujeres en condiciones de vulnerabilidad (16).

8. Los países deben acelerar la adopción y la plena ejecución de la recomendación de la OMS de “tratamiento para todos”, lo que debe incluir el inicio rápido del tratamiento antirretroviral (17, 18), la revisión rápida de las políticas actuales, el uso racional de medicamentos antirretrovirales y la introducción de agentes nuevos más potentes (por ejemplo, dolutegravir), la garantía de la calidad de la atención y medidas que potencien al máximo el cumplimiento, la retención, la prevención y el control de la farmacorresistencia del VIH (19). Conforme al modelo de redes integradas de servicios de salud, es preciso descentralizar los servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH e integrarlos en todos los niveles del sistema de salud con una capacidad eficiente de resolución en el primer nivel de atención (20).

9. Además, es urgente aumentar la eficiencia de la gestión de la cadena de suministro y garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales, incluidos los medicamentos antirretrovirales, la penicilina y otros antibióticos, así como otros productos básicos de laboratorio. El Fondo Estratégico de la OPS buscará acelerar la inclusión de los nuevos medicamentos antirretrovirales y las combinaciones de medicamentos en dosis fijas incluidos en la lista de la OMS y ampliar su función de brindar apoyo a la compra más eficiente de productos estratégicos de laboratorio (21).

10. También es fundamental mejorar la información estratégica destinada a lograr que la respuesta sea sostenible. Las esferas prioritarias incluyen el mantenimiento y la ampliación de la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH y la sensibilidad gonocócica a los antimicrobianos promoviendo un método estandarizado para la presentación de datos (22); el fortalecimiento de la vigilancia de la sífilis congénita y la armonización de las definiciones de caso con las normas internacionales; el aumento de la capacidad de los Estados Miembros de generar información estratégica desglosada por sexo, edad, grupo de población clave y etnicidad; y la mejora de la capacidad de analizar las inversiones actuales y los resultados de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS.

11. Asimismo, es urgente abordar las barreras estructurales, en especial la estigmatización y la discriminación en los entornos de la atención de salud hacia las personas con infección por el VIH y los grupos de población clave. Deben aumentarse los esfuerzos a fin de que se ofrezcan servicios de salud centrados en la persona a cargo de prestadores sensibilizados, incluida la adopción de políticas y normas propicias, la creación de mecanismos transparentes de seguimiento de la discriminación en los entornos de atención de salud con la participación activa de la sociedad civil y la disponibilidad de mecanismos de reparación (23).

12. En el contexto de una disminución del financiamiento externo y la transición hacia los recursos nacionales, resulta crucial mejorar la sostenibilidad de la respuesta a la infección por el VIH. Los Estados Miembros deben examinar la posibilidad de seguir las recomendaciones aprobadas en el Tercer Foro de América Latina y el Caribe sobre el VIH, que tuvo lugar en noviembre del 2017 en Puerto Príncipe (Haití), en las que se proponen medidas específicas a fin de lograr que la respuesta al VIH sea sostenible con miras a eliminar el sida para el 2030, sobre la base de los principios de los derechos humanos y el acceso universal a la salud (24).

Intervención del Consejo Directivo

13. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota del presente informe y haga los comentarios que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 [Internet]. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2016 (documento CD55/14 y resolución CD55.R5) [consultados el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31411/CD55-R5-s.pdf>.

2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH para 2016-2021 [Internet]. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 23 al 28 de mayo del 2016; Ginebra. Ginebra: OMS; 2016 (documento A69/31) [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_31-sp.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 [Internet]. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 23 al 28 de mayo del 2016; Ginebra. Ginebra: OMS; 2016 (documento A69/33) [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_33-sp.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud. Todas las mujeres, todos los niños. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1.
5. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas, 2015 (resolución A/RES/70/1) [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf?OpenElement>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita [Internet]. 50.º Consejo Directivo, 68.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, D.C. (resolución CD50.R12). Washington, D.C.: OPS; 2010 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/414/CD50.R12-s.pdf>.
7. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. UNAIDS data 2017 [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2017 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf.
8. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Aidsinfo [Internet]. Ginebra: ONUSIDA [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org>.
9. Organización Panamericana de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa: Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe 2017 [Internet]. Washington, D.C.: OPS, ONUSIDA; 2017 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/prevencion-vih-la-lupa-2017/>.

10. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53.º Consejo Directivo de OPS, 66.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (resolución CD53.R14) [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es.
11. Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment, and care for key populations: 2016 update [Internet]. Ginebra, OMS; 2016 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en inglés en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf>.
12. Organización Mundial de la Salud. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV 2015 [Internet]. Ginebra, OMS; 2016 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en inglés en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1.
13. Organización Mundial de la Salud. WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection [Internet]. Ginebra, OMS; 2017 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en inglés en: <http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/>.
14. Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines for HIV testing services. 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection 2015 [Internet]. Ginebra, OMS; 2017 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en inglés en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf.
15. Organización Mundial de la Salud. Guidelines on HIV self-testing and partner notification. 2016 Supplement to the consolidated guidelines on HIV testing services [Internet]. Ginebra, OMS; 2017 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en inglés en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251655/1/9789241549868-eng.pdf>.
16. Organización Panamericana de la Salud. EMTCT Plus: Framework for elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis, hepatitis B, and Chagas [Internet]. 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en inglés en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34306/PAHOCHA17009-eng.pdf>.

17. Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Segunda edición [Internet]. Ginebra, OMS; 2016 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en inglés en: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>.
18. Organización Mundial de la Salud. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy [Internet]. Ginebra, OMS; 2016 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en inglés en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/advanced-HIV-disease/en/>.
19. Organización Mundial de la Salud. Guidelines on the public health response to pretreatment HIV drug resistance. Supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Segunda edición [Internet]. Ginebra, OMS; 2017. [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en inglés en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hivdr-guidelines-2017/en/>.
20. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2011 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf.
21. Organización Mundial de la Salud. Transition to new antiretroviral drugs in HIV programmes: clinical and programmatic considerations. Technical update [Internet]. Ginebra, OMS; 2016. [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en inglés en: <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/transition-to-new-arv-technical-update/en/>.
22. Organización Mundial de la Salud. Global action plan on HIV drug resistance 2017–2021 [Internet]. Ginebra, OMS; 2017 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en inglés en: <http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hivdr-action-plan-2017-2021/en/>.
23. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Hacer frente a la discriminación: Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá [Internet]. Ginebra, ONUSIDA; 2017. [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/documents/2017/confronting-discrimination>.
24. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida (ONUSIDA). Llamado a la acción: Tercer foro Latinoamericano y del Caribe Poner fin al sida en América Latina y el Caribe: hacia la sostenibilidad de las metas regionales de Acción Acelerada [Internet]. Puerto Príncipe: ONUSIDA; 2017 [consultado el 7 de febrero del 2018]. Disponible en: <http://onusidalac.org/1/images/llamado-a-la-accion11-12.pdf>.

H. PLAN DE ACCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA 2016-2020: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. El *Plan de acción para la eliminación de la malaria* (documento CD55/13) y la resolución CD55.R7 conexas aprobadas por el 55.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en septiembre del 2016 proporcionan el marco para la cooperación técnica con los países y otros interesados directos hacia el logro de las metas de la Región de las Américas relativas a la malaria para el año 2020 (1, 2). El plan está en estrecha consonancia con la *Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), el documento *Acción e inversión para vencer a la malaria 2016-2030* (AIM) (4), y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas (5).

2. Además de la malaria, este plan también contribuye al cumplimiento de otros mandatos importantes establecidos por el Consejo Directivo de la OPS, como la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (2014) (6); la *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza* (2009) (7); la *Política de investigación para la salud* (2009) (8); y *El control integrado de vectores, una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial* (2008) (9).

Análisis del progreso logrado

3. La principal referencia para preparar las actualizaciones más importantes es la lista de las metas con las que la Región se ha comprometido para el período 2016-2020, que son las siguientes:

- a) una reducción adicional de 40% o más de la morbilidad por malaria (sobre la base de las cifras oficiales del 2015);
- b) una reducción adicional de 40% o más de las defunciones relacionadas con la malaria (sobre la base de las cifras oficiales del 2015);
- c) la realización de actividades en pro de la eliminación de la malaria en 18 de los 21 países endémicos y el logro de la condición de “libre de malaria” en al menos 4 países;
- d) la adopción de enfoques innovadores para afrontar los retos en aquellos países donde el progreso ha sido limitado;
- e) la prevención del restablecimiento de la malaria en aquellos países que han sido declarados libres de la enfermedad.

4. En el 2016, 4 países y territorios de la Región (Belice, Bolivia, Guatemala y Guayana Francesa) notificaron una reducción de más de 10% del número de casos de infección por *Plasmodium falciparum* y de *P. vivax* en comparación con el 2015. Sin embargo, hubo un aumento general de 26% en la Región, en el que influyó principalmente la epidemia continua presente en Venezuela, que ha registrado en los últimos años el mayor número de casos de malaria de su historia. En Perú se registró un aumento de 12% de las infecciones por *P. falciparum*, y también se notificaron aumentos generales del número de casos de aproximadamente 50% en Colombia, Ecuador y Nicaragua. Se observó un aumento de los casos inferior a 50% en Guyana, Haití, Honduras, México, Panamá y República Dominicana, lo que reafirma la fragilidad de los logros alcanzados en la Región entre los años 2000 y 2015. Asimismo, las defunciones por malaria han aumentado en un 43% en la Región, de 159 en el 2015 a 228 en el 2016 (10).

5. Siete países de la Región (Belice, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay y Suriname) fueron incluidos por la OMS en el grupo de 21 países del mundo con posibilidad de eliminar la transmisión local de la malaria para el 2020 (11). Se han logrado considerables avances en los países mesoamericanos y en Suriname en lo que respecta a la reorientación de sus respectivos programas del control de la malaria a su eliminación. En junio del 2018 la OMS certificó oficialmente la eliminación de la malaria en Paraguay. También está progresando el proceso de certificación de la eliminación de la enfermedad en Argentina, y la meta es que el país obtenga dicha certificación para fines del 2018.

6. Con la orientación del Grupo Consultivo Técnico sobre la Malaria y en coordinación con los asociados, la OPS promovió la innovación operativa y estrategias para acelerar el progreso en las áreas donde se plantean mayores retos. Entre estas medidas se encuentran la iniciativa Diagnóstico-Tratamiento-Investigación y Respuesta (DTI-R) (12) y enfoques dirigidos a los grupos de población de difícil acceso. Un total de 27 países y territorios de la Región siguen sin estar libres de malaria. Se considera que aún son receptivos y vulnerables a la enfermedad 15 de ellos, 10 de los cuales han intensificado recientemente las medidas para impedir el restablecimiento de la malaria.

Línea estratégica de acción 1: Acceso universal a intervenciones de buena calidad para la prevención de la malaria, el control integrado de los vectores y el diagnóstico y tratamiento de la malaria

Objetivo	Indicador, línea de base y metas	Estado
<p>1.1 Fortalecer la capacidad de los países en cuanto al acceso a intervenciones para la prevención y el manejo de casos de malaria mediante actividades eficaces de gestión de la cadena de suministros, información, educación y comunicación, entre otras</p>	<p>1.1.1 Número de países y territorios de la Región que están ejecutando medidas para la prevención de la malaria y el manejo de casos de la enfermedad</p> <p>Línea de base: 33 Meta: 51</p>	<p>Veinte de los 21 países de la Región donde la malaria es endémica ahora han asumido un compromiso oficial con la eliminación de la malaria y están aplicando las medidas correspondientes, pese a que todavía persisten retos operativos y técnicos. De los 15 países donde la malaria no es endémica, aunque siguen siendo receptivos y vulnerables a la enfermedad, 10 se han actualizado con respecto a su riesgo y se encuentran en el proceso de reforzar sus capacidades.</p>
<p>1.2 Fortalecer la capacidad de los países para abordar problemas específicos sobre el control de los vectores, incluido el monitoreo de la resistencia a los insecticidas</p>	<p>1.2.1 Número de países (endémicos y no endémicos) que están ejecutando el control integrado de los vectores basándose en las directrices de la OPS/OMS (incluida la vigilancia de la resistencia a los insecticidas y estudios sobre el comportamiento de los vectores)</p> <p>Línea de base: 15 Meta: 18</p>	<p>Dieciséis países informaron sobre la distribución gratuita de mosquiteros tratados con insecticida de acción prolongada; 15 países informaron sobre el uso del rociamiento de interiores con insecticida de acción residual como intervención para el control de la malaria. Sin embargo, es necesario abordar aún más los desafíos relativos a la calidad y la cobertura de las intervenciones.</p>
<p>1.3 Promover que las instituciones, las redes y los países estén preparados para el diagnóstico y tratamiento pertinentes y adecuados de la malaria en los diversos contextos programáticos</p>	<p>1.3.1 Número de países donde la malaria es endémica que envían a la OPS datos sobre la eficacia de los medicamentos antimaláricos y la farmacorresistencia procedentes de los sistemas de vigilancia, siguiendo las directrices de la OPS/OMS</p> <p>Línea de base: 14 Meta: 17</p>	<p>Quince países donde la malaria es endémica están notificando a la OPS datos de vigilancia sobre la eficacia de los medicamentos antimaláricos y la farmacorresistencia, siguiendo las directrices de la OPS/OMS.</p>

Objetivo	Indicador, línea de base y metas	Estado
	<p>1.3.2 Número de países que aplican las directrices de la OPS/OMS sobre diagnóstico y tratamiento de la malaria de buena calidad</p> <p>Línea de base: 23 Meta: 51</p>	<p>Veinticinco países siguen actualmente las directrices de la OPS/OMS sobre el diagnóstico y tratamiento de la malaria de buena calidad; 21 laboratorios de referencia de 20 países están participando en el programa de garantía de la calidad externa para el diagnóstico de la malaria; y 2 países más del Caribe donde la malaria no es endémica (Jamaica y Martinica) indicaron su interés en participar en el programa de garantía de la calidad externa para el diagnóstico de la malaria que comenzó en el 2018.</p>

Línea estratégica de acción 2: Fortalecimiento de la vigilancia de la malaria para avanzar hacia la toma de decisiones y la respuesta basadas en datos científicos

Objetivo	Indicador, línea de base y metas	Estado
<p>2.1 Mejorar aún más los sistemas de vigilancia para que incluyan la detección temprana de casos y brotes, y promover la recopilación de datos sobre la malaria (por caso, incluida la información sobre edad, sexo, etnicidad y otras variables que facilite un análisis apropiado de las disparidades y desigualdades entre las poblaciones)</p>	<p>2.1.1 Número de países que cada año notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia de la malaria desglosados por nivel subnacional, sexo, edad y otras variables relacionadas con la equidad¹</p> <p>Línea de base: 27 Meta: 51</p>	<p>Treinta y cinco países y territorios están notificando anualmente los datos de vigilancia de la malaria a la OPS/OMS, por nivel subnacional, sexo, edad y otras variables relacionadas con la equidad.</p>

¹ Lugar de residencia, raza, etnia, cultura, idioma, ocupación, religión, educación, situación socioeconómica, capital social y otros factores posibles, como el estado de enfermedad o la discapacidad.

Objetivo	Indicador, línea de base y metas	Status
2.2 Fortalecer y mejorar la toma de decisiones fundamentada en datos mediante el intercambio de información epidemiológica en todos los niveles: regional, entre países con fronteras comunes y dentro de un mismo país	2.2.1 Número de países donde la malaria es endémica ² que tienen un proceso de toma de decisiones fundamentado en datos (basado en la herramienta de la OPS para la comprobación de datos sobre la malaria) e intercambian información epidemiológica Línea de base: 0 Meta: 21	Doce países de la Región han usado la herramienta de la OPS para la comprobación de datos sobre la malaria, intercambian información epidemiológica y fortalecen su proceso de toma de decisiones fundamentado en datos.

Línea estratégica de acción 3: Fortalecimiento de los sistemas de salud, la planificación estratégica, el seguimiento y la evaluación, las investigaciones operativas y la creación de capacidad a nivel de país

Objetivo	Indicador, línea de base y metas	Estado
3.1 Garantizar la contratación, capacitación y retención del personal de salud capacitado en la malaria en los sistemas de salud de los países y dentro de la OPS/OMS a fin de facilitar la cooperación técnica pertinente en los diversos niveles de trabajo (regional, entre países y dentro de cada país) y contextos programáticos (en especial el de eliminación de la malaria)	3.1.1 Número de países que aplican planes de capacitación para los miembros del personal de salud que combaten la malaria Línea de base: 21 Meta: 33	Veintiún países donde la malaria es endémica y 10 países donde no es endémica han participado recientemente en diversas misiones sobre el terreno de eliminación de la malaria, actividades de aumento de la capacidad y talleres.

² Dadas las medidas para la eliminación de la malaria que se están adoptando, es probable que el número de países de la Región donde la malaria es endémica sea inferior a 21 para el 2020.

Objetivo	Indicador, línea de base y metas	Estado
<p>3.2 Fortalecer la formulación de políticas y la planificación estratégica para combatir la malaria actuando en colaboración con los países y los interesados directos</p>	<p>3.2.1 Número de países con planes estratégicos nacionales (que se centren en la malaria o incluyan esta enfermedad) que concuerdan con las estrategias recomendadas por la OMS y los componentes del plan de acción sobre la malaria de la OPS</p> <p>Línea de base: 31 Meta: 51</p>	<p>Diecisiete de los 21 países donde la malaria es endémica han actualizado sus respectivos planes nacionales contra la malaria hacia la eliminación, mientras que 10 países donde la malaria no es endémica han indicado su interés y algunos han solicitado apoyo a la OPS para elaborar planes o directrices de respuesta ante los brotes de malaria.³</p>
<p>3.3 Fortalecer la capacidad de los programas nacionales en las áreas de gestión y logística en colaboración con asociados e interesados directos</p>	<p>3.3.1 Número de países donde la malaria es endémica que no tienen un desabastecimiento de suministros clave para combatir la malaria (incluidos los medicamentos antimaláricos) a nivel nacional en un año dado</p> <p>Línea de base: 19 Meta: 21</p>	<p>Diecinueve de los 21 países donde la malaria es endémica no tuvieron desabastecimiento de los suministros clave para combatir la malaria en el 2017.</p>
<p>3.4 Elaborar estrategias financieras para brindar apoyo continuo a las actividades de prevención y eliminación de la malaria a diferentes niveles en colaboración y de manera sinérgica con los asociados y los interesados directos</p>	<p>3.4.1 Número de países cuyas actividades para combatir la malaria tienen un financiamiento interno sostenido</p> <p>Línea de base: 20 Meta: 51</p>	<p>Veinte de los 21 países donde la malaria es endémica cuentan con financiamiento nacional sostenido para las actividades de lucha contra la malaria, aunque persisten algunas brechas financieras.</p>
<p>3.5 Fortalecer las investigaciones operativas en torno a la elaboración y gestión de programas</p>	<p>3.5.1 Número de países que realizan investigaciones operativas sobre la malaria, incluidos temas relacionados con el control integrado de los vectores</p> <p>Línea de base: 13 Meta: 21</p>	<p>Trece países donde la malaria es endémica siguen realizando investigaciones operativas sobre la malaria, incluidos temas relacionados con el control integrado de los vectores.</p>

³ La lista de 26 países que han alcanzado el indicador en el 2018 no coincide necesariamente con los 31 países de referencia del 2015. La notificación del estado o progreso de este indicador ahora se guía también por el *Marco para la eliminación de la malaria* publicado por la OMS en el 2017.

Línea estratégica de acción 4: Iniciativas estratégicas de promoción de la causa, comunicación, y alianzas y colaboraciones		
Objetivo	Indicador, línea de base y metas	Estado
4.1 Apoyar el desarrollo y el fortalecimiento de capacidades por medio de las redes, alianzas y actividades de colaboración existentes en la Región	4.1.1 Número de países que participan en redes y actividades de colaboración a nivel regional Línea de base: 19 Meta: 42	Veinte de los 21 países donde la malaria es endémica están participando en diversas redes e iniciativas de colaboración, mientras que 10 países donde la malaria no es endémica han declarado recientemente la importancia de mantener una red entre los países que siguen siendo receptivos y vulnerables a la malaria, en particular en lo que respecta a la prevención y el control de los brotes.
4.2 Optimizar las oportunidades de coordinación, sinergia e intercambio de información con otras iniciativas y políticas de la OPS/OMS (por ejemplo, la integración de las actividades para combatir la malaria con las de salud maternoinfantil en los programas locales y comunitarios de atención de salud, comunicación y movilización social, intervenciones de promoción de la salud y educación sanitaria, programas sobre enfermedades desatendidas y salud ocupacional)	4.2.1 Número de países que aplican las medidas interprogramáticas y sinérgicas que se promueven en las iniciativas y políticas de la OPS/OMS Línea de base: 18 Meta: 26	Diecinueve de los 21 países donde la malaria es endémica aplican actualmente medidas interprogramáticas o sinérgicas que se promueven en las iniciativas y políticas de la OPS/OMS.
4.3 Fortalecer y apoyar los esfuerzos para encontrar, documentar y repetir las mejores prácticas, incluidos los modelos de eliminación de enfermedades e integración exitosa de los temas transversales	4.3.1 Número de países que han determinado las mejores prácticas en sus actividades contra la malaria Línea de base: 13 Meta: 15	Hasta la fecha, 14 países de la Región han encontrado, documentado y compartido 27 mejores prácticas contra la malaria.

Línea estratégica de acción 5: Esfuerzos centralizados y métodos adaptados según el caso para facilitar la eliminación de la malaria y prevenir su reintroducción en áreas libres de malaria		
Objetivo	Indicador, línea de base y metas	Estado
5.1 Cubrir carencias críticas en poblaciones destinatarias clave ⁴ en relación con el logro de las metas de eliminación de la malaria	5.1.1 Número de países que aplican estrategias para abordar la malaria en las poblaciones en situación de vulnerabilidad Línea de base: 10 Meta: 18	Diecisiete de los 21 países donde la malaria es endémica han actualizado sus planes nacionales contra la malaria hacia la eliminación y estrategias específicas integradas para los grupos en situación de vulnerabilidad.
5.2 Abordar las lagunas críticas técnicas y de conocimientos, incluidas las relacionadas con <i>P. vivax</i> y los preparativos para la etapa final de los esfuerzos para la eliminación de la malaria	5.2.1 Número de países que ponen en práctica las recomendaciones formuladas por la OMS en el 2015 con respecto a <i>P. vivax</i> (12) Línea de base: 0 Meta: 16	Los 19 países donde la transmisión de <i>P. vivax</i> es endémica están aplicando actualmente las recomendaciones clave para la eliminación de <i>P. vivax</i> , aunque persisten retos operativos y técnicos.
5.3 Ejecutar el proceso de reorientación de los programas contra la malaria para dirigirlos hacia la eliminación y la certificación (según lo soliciten los Estados Miembros)	5.3.1 Número de países que reciben apoyo en cuanto a la reorientación de los programas contra la malaria para dirigirlos a la eliminación de la enfermedad Línea de base: 10 Meta: 18	Veintiún países donde la malaria es endémica han recibido apoyo técnico directo para la reorientación de los programas contra la malaria.
5.4 Mantener las capacidades clave en los países que han eliminado la transmisión local de la malaria	5.4.1 Número de países donde la enfermedad no es endémica que reciben apoyo en cuanto al mantenimiento de capacidades clave contra la malaria	Diez de los 15 países del Caribe donde la malaria no es endémica ⁵ y que siguen siendo receptivos y vulnerables a la posible reintroducción de la malaria participaron en noviembre del 2017 en un taller sobre la malaria.

⁴ Por ejemplo, las embarazadas, los niños, las personas con infección por el VIH/sida, los viajeros, las poblaciones móviles, los mineros, los leñadores, los trabajadores de las plantaciones de plátanos y caña de azúcar, los grupos indígenas, las poblaciones de zonas de conflicto armado o social y las personas que viven en zonas fronterizas o zonas de interés epidemiológico común.

⁵ En el *Marco para la eliminación de la malaria* de la OMS publicado en el 2017 se aclaró que en la evaluación del riesgo de restablecimiento de la malaria se deben tener en cuenta factores relativos a la receptividad o la capacidad del ecosistema de permitir la transmisión de la malaria, y la vulnerabilidad o probabilidad de importación de los parásitos que causan la malaria a un país o zona. Tomando esto como base, se determinó que si bien la mayoría de los países pueden tener casos importados, solo 15 países de la Región donde la enfermedad no es endémica corren un riesgo real de restablecimiento de la malaria.

Objetivo	Indicador, línea de base y metas	Estado
	Línea de base: 9 Meta: 17	reintroducción de la malaria participaron en noviembre del 2017 en un taller sobre la malaria.

Retos y enseñanzas extraídas

7. Aunque la Región se ha sensibilizado enormemente en cuanto al concepto, las perspectivas y la importancia de la eliminación de la malaria, continuamente surgen retos operativos y técnicos que reflejan problemas políticos y administrativos de fondo en evolución en los países donde la enfermedad es endémica. Si bien los países de la Región han manifestado oficialmente su compromiso con la eliminación de la malaria, el apoyo y los recursos locales son todavía insuficientes en muchas zonas donde sigue habiendo transmisión generalizada de la malaria.

Acción necesaria para mejorar la situación

8. A fin de mitigar la situación actual, se alienta a los países no solo a mantener sino también a incrementar los recursos comprometidos a nivel nacional en la eliminación de la malaria, aumentar su compromiso al más alto nivel político y ejecutar sus respectivos planes nacionales para la eliminación de la malaria, incorporando estrategias que pongan en práctica el *Marco para la eliminación de la malaria* de la OMS (14) y el concepto de vigilancia como una intervención. El acceso temprano al diagnóstico, el tratamiento y la investigación de los casos debe ser primordial para la agenda de eliminación de la malaria que incluya a otros actores y la comunidad. También se insta a los asociados y los interesados directos a colaborar con la OPS para impulsar las iniciativas de promoción de la causa, incluidos los llamamientos y las misiones de promoción de la causa de alto nivel, con el fin de garantizar que la malaria siga ocupando un lugar prominente en la agenda política y de desarrollo de los países afectados, de modo que los programas contra la malaria reciban el apoyo adecuado en su labor hacia la eliminación de esta enfermedad. Estas y otras disposiciones clave descritas en la resolución CD55.R7 (2) se reiteran en este llamamiento para que los Estados Miembros, los asociados y los interesados directos pertinentes adopten las medidas correspondientes.

Intervención del Consejo Directivo

9. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota de este informe y haga las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020 [Internet]. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, D.C. Washington, DC: OPS; 2016 (documento CD55/13) [consultado el 22 de enero del 2018]. Puede encontrarse en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=35669&Itemid=270&lang=es
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020 [Internet]. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2016 (resolución CD55.R7) [consultada el 22 de enero del 2018]. Puede encontrarse en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36382&Itemid=270&lang=es
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030 [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultada el 22 de enero del 2018]. Puede encontrarse en:
<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564991/es/>
4. Alianza para Hacer Retroceder la Malaria. Acción e inversión para vencer a la malaria 2016-2030 [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 22 de enero del 2018]. Puede consultarse en:
https://rollbackmalaria.com/wp-content/uploads/2017/07/RBM_AIM_Report_A4_AW_ES-lores.pdf.
5. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Asamblea General, 70.º período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 11 al 18 de septiembre del 2015; Nueva York. Nueva York, Naciones Unidas; 2015 (resolución A/RES/70/1) [citado el 22 de enero del 2018]. Puede consultarse en:
<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>
6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2) [consultado el 22 de enero del 2018]. Puede encontrarse en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27273&Itemid=270&lang=es

7. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2009 (documento CD49/9) [citado el 22 de enero del 2018]. Puede consultarse en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2649&Itemid=270&lang=es
8. Organización Panamericana de la Salud. Política de investigación para la salud [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2009 (documento CD49/10) [citado el 22 de enero del 2018]. Puede consultarse en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-10-s.pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud. El control integrado de vectores, una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial [Internet]. 48.º Consejo Directivo de la OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2008 (documento CD48/13) [consultado en enero del 2018]. Puede encontrarse en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-13-s.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud. World Malaria Report 2017 [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 22 de enero del 2018]. Puede encontrarse en inglés en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259492/1/9789241565523-eng.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Getting to zero: WHO holds global forum to accelerate malaria elimination progress [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 22 de enero del 2018]. Puede encontrarse en inglés en: <http://www.who.int/malaria/news/2017/global-forum-elimination/en/>
12. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico-Tratamiento-Investigación y Respuesta (DTI-R). Washington D.C.: OPS, 2017.
13. Organización Mundial de la Salud. Control y eliminación del paludismo por Plasmodium vivax: Informe técnico [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 22 de enero del 2018]. Puede encontrarse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204494/9789243509242_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Organización Mundial de la Salud. Marco para la eliminación de la malaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 22 de enero del 2018]. Puede encontrarse en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34172/9789275319659-spa.pdf>

I. PLAN DE ACCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES 2016-2021: INFORME DE PROGRESO

Antecedentes

1. En el presente documento se informa a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el progreso realizado en la implementación del *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021* (documento CD55/17, Rev. 1 y resolución CD55.R10 [2016]) (1, 2).

Análisis del progreso alcanzado

2. Este informe se sustenta en la información obtenida en las reuniones regionales y subregionales de coordinadores de desastres de los ministerios de salud realizadas en los años 2016 y 2017, así como en los resultados de un cuestionario elaborado para el monitoreo del plan, que fue respondido por 32 países y territorios¹.

<i>Línea estratégica de acción 1: Conocimiento del riesgo de desastres en el sector de la salud</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
1.1 Analizar el riesgo de desastres en el sector de la salud	1.1.1 Número de países que han evaluado el riesgo de desastres en el sector de la salud Línea de base: 0 Meta: 35	Siete países han evaluado el riesgo de desastres en el sector de la salud (Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Cuba, Estados Unidos de América y Perú). En 16 países y territorios el análisis de riesgo se encuentra en progreso (Argentina, Bermuda, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Jamaica, Islas Caimán, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas y Venezuela).

¹ Hasta el 6 de julio del 2018, los países y territorios que respondieron al cuestionario sobre la implementación del *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021* son los siguientes: Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago, y Venezuela.

Línea estratégica de acción 2: Gobernanza de la gestión del riesgo de desastres en el sector de la salud		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
2.1 Fortalecer la estructura organizativa de las oficinas de gestión del riesgo de desastres en los ministerios de salud	2.1.1 Número de países que cuentan con personal a tiempo completo asignado a la reducción del riesgo de desastres Línea de base: 15 Meta: 30	Antigua y Barbuda y Haití se sumaron a los 15 países que cuentan con personal a tiempo completo y presupuesto asignado para la reducción del riesgo de desastres de salud.
2.2 Fomentar el liderazgo de los países en la gestión del riesgo de desastres en salud, promoviendo el trabajo sectorial e intersectorial	2.2.1 Número de países que cuentan con un mecanismo sectorial para la coordinación, implementación y monitoreo de la gestión del riesgo de desastres en salud Línea de base: 9 Meta: 15	Treintaiún países tienen un programa de desastres: en 19 países la gestión del riesgo de emergencias y desastres está establecida oficialmente en la estructura del ministerio de salud; 6 países tienen una oficina o unidad establecida, aunque no disponen de los recursos necesarios para su funcionamiento; otros 7 países cuentan con una oficina o unidad encargada de otros asuntos a la que también se le ha asignado esta responsabilidad.

Línea estratégica de acción 3: Hospitales seguros e inteligentes		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
3.1 Mejorar la seguridad de las redes integradas de servicios de salud mediante la aplicación de criterios de hospitales seguros, en la planificación, el diseño, la edificación y la operación de dichos servicios	3.1.1 Número de países que incorporan los criterios de hospitales seguros, en la planificación, el diseño, la edificación y la operación de los servicios de salud Línea de base: 28 Meta: 35	Diecinueve países cuentan con una política nacional de hospitales seguros. En 29 países se está aplicando el índice de seguridad hospitalaria (ISH) para evaluar la seguridad de los componentes estructurales, no estructurales y funcionales de los hospitales. La gran mayoría de los hospitales ubicados en los países afectados en el 2017 por los huracanes Harvey, Irma y María y por terremotos, como Dominica, Islas Vírgenes Británicas y México, continuaron operando. También en el 2017, el fenómeno conocido como El Niño costero en Perú afectó a menos del 1% de los establecimientos de salud, ocasionando daños e interrupciones de servicio.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
3.2 Mejorar la seguridad de las redes integradas de servicios de salud mediante el desarrollo y la aplicación de criterios para hacer frente al cambio climático, en lo que respecta tanto a la adaptación como a la mitigación, en la planificación, el diseño, la edificación y la operación de dichos servicios	3.2.1 Número de países que incorporan los criterios de mitigación de las consecuencias de los desastres y de adaptación al cambio climático en la planificación, el diseño, la edificación y la operación de los servicios de salud Línea de base: 2 Meta: 15	Siete países del Caribe están realizando actividades de mitigación del riesgo de desastres y medidas de adaptación al cambio climático en los establecimientos de salud. Trece países y dos territorios han establecido equipos nacionales de evaluación del índice de seguridad hospitalaria y de la lista de verificación “verde”.

Línea estratégica de acción 4: Capacidad del sector de la salud para la preparación, la respuesta y la recuperación frente a los desastres

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
4.1 Fortalecer la capacidad del sector de la salud para la respuesta y la recuperación temprana frente a las emergencias y los desastres	4.1.1 Número de países que cuentan con planes y procedimientos probados para la respuesta y la recuperación frente a las emergencias y los desastres Línea de base: 6 Meta: 35	Veintiocho países cuentan con un plan nacional de respuesta a emergencias de salud. Diecisiete de esos planes se actualizaron en los últimos dos años. Veintiún países disponen de un centro de operaciones de emergencia (COE) adscrito al ministerio de salud para la coordinación de la respuesta a emergencias y desastres en el sector de la salud. Ocho países cuentan con un plan multisectorial de recuperación después de emergencias y desastres.

Acción necesaria para mejorar la situación

3. Es necesario desarrollar y difundir herramientas que el sector de la salud pueda utilizar para la evaluación del riesgo de desastres, la elaboración de planes de respuesta multiamenaza, la evaluación del estado de preparación ante emergencias y desastres, y la elaboración de planes de recuperación tras los desastres. Además, es necesario validar e implementar iniciativas para la gestión del riesgo de desastres en relación con las

poblaciones indígenas y las personas con discapacidad. Por último, los ministerios de salud deben continuar fortaleciendo la dotación de personal y el financiamiento de sus programas de emergencias de salud.

Intervención del Consejo Directivo

4. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota de este informe de progreso y haga los comentarios que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021 [Internet]. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2016 (documento CD55/17) [consultado el 5 de febrero del 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35933&Itemid=270&lang=es.
2. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD55.R10. Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021 [Internet]. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2016 (resolución CD55.R10) [consultado el 20 de marzo del 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36403&Itemid=270&lang=es.

J. EXAMEN DEL CARGO APLICABLE PARA LA COMPRA DE INSUMOS DE SALUD PÚBLICA PARA LOS ESTADOS MIEMBROS: INFORME DE PROGRESO

Antecedentes

1. A lo largo de los años, las actividades de compra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han recibido el apoyo de tres mecanismos de compras: el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas (el “Fondo Rotatorio”), el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (el “Fondo Estratégico”), y las compras reembolsables en nombre de los Estados Miembros. El Fondo Rotatorio se estableció en 1977 de conformidad con la resolución CD25.R27 del Consejo Directivo con el fin de facilitar la disponibilidad oportuna de vacunas de buena calidad al menor precio posible. El Fondo Estratégico se estableció en 1999 en respuesta a las solicitudes de los Estados Miembros de recibir ayuda en la compra de suministros estratégicos de salud pública destinados a la lucha contra la infección por el VIH/sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades desatendidas. Desde el 2013, el Fondo Estratégico ha incorporado además medicamentos para prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles. El mecanismo de compras reembolsables en nombre de los Estados Miembros fue establecido por el Consejo Directivo de la OPS en 1951 para apoyar las compras de los productos necesarios para el programa de salud que no se consiguen, o son difíciles de conseguir, en los Estados Miembros.¹ En el bienio 2016-2017, el valor total de los productos adquiridos por medio de los tres mecanismos de compras fue de aproximadamente US\$ 1.363 millones.²

2. En el 2013, el 52.º Consejo Directivo aprobó la resolución CD52.R12, *Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros (I)*. En esta resolución se pidió aumentar a 4,25% el cargo que se aplica a las compras de todos los insumos de salud pública, en vigor a partir del 1 de enero del 2014. También se solicitó a la Directora examinar el cargo aplicable y presentar al final de cada bienio un informe acerca de los ingresos y los gastos vinculados al uso del 1,25% del cargo total para cubrir los costos administrativos, operativos y de personal. Los ingresos generados del 3,0% restante del cargo se aplican a la capitalización del fondo respectivo que se utiliza en nombre de los Estados Miembros.

3. En la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre del 2017, se presentó un primer informe en este sentido (documento CSP29/INF/7).

Actualización del progreso alcanzado

4. El bienio 2016-2017 fue el primero, conforme a la resolución CD52.R12, en el que se inició y se mantuvo un proceso sistemático de sufragar los costos de las actividades

¹ Resolución CD5.R29.

² A menos que se indique otra cosa, todos los valores monetarios que figuran en el presente informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

asociadas con los tres mecanismos de compras. Los ingresos acumulados a partir de estos tres mecanismos en el bienio 2014-2015 sumaron aproximadamente \$14,7 millones.

5. Se elaboró un plan de trabajo y presupuesto iniciales para el bienio 2016-2017 que fue aprobado por la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana. En el plan de trabajo se contemplaba el financiamiento de los puestos dedicados a la administración de los tres mecanismos de compras y el marco operativo correspondiente. En el bienio 2016-2017 se desembolsó una cantidad de alrededor de \$8,3 millones como se muestra a continuación. La mayor parte de estos recursos (alrededor de \$7,3 millones u 88%) se destinó a cubrir los gastos de personal para las actividades de compras, finanzas, control y gestión de la calidad, servicios legales y la oficina del Fondo Rotatorio de Vacunas. El saldo restante fue de aproximadamente \$6,4 millones.

Ingresos percibidos en el bienio 2014-2015	\$14.725.216
Gastos en el bienio 2016-2017	\$8.346.264
Personal ³	\$7.322.340
Operaciones	\$1.023.924
Saldo	\$6.378.952

6. En colaboración con las representaciones de la OPS/OMS en los países y los Estados Miembros, el personal contratado con estos ingresos procesó más de 3.900 órdenes de compra que representaron más de \$1.363 millones por el costo de los productos, los fletes y los seguros vendidos en apoyo del suministro de vacunas, jeringas y equipo de cadena de frío destinados a los programas nacionales de inmunización, además de los medicamentos esenciales para tratar la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, y para la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

7. Con el propósito de fortalecer aún más el valor de estos tres mecanismos de compras para los Estados Miembros, el personal de la Oficina Sanitaria Panamericana colaboró en tres áreas de trabajo, a saber: *a)* aumento de la eficiencia en las operaciones, *b)* desarrollo de la inteligencia de mercado, y *c)* fortalecimiento del conocimiento y la concientización.

8. En el bienio 2018-2019, el cargo que se aplicará a las compras permitirá financiar plenamente los costos de personal y de las operaciones, además de la ampliación de las operaciones teniendo en cuenta las posibles recomendaciones de la evaluación del Fondo Rotatorio, del plan de negocios del Fondo Estratégico y de otras iniciativas encaminadas a garantizar el mejoramiento continuo de los servicios a los Estados Miembros.

Medidas necesarias para mejorar la situación

9. La Oficina continuará haciendo el seguimiento de la situación a fin de que las actividades de compras y el personal necesario para el Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico, así como el mecanismo de compras reembolsables en nombre de los Estados

³ Para los puestos vacantes que se cubrieron en el bienio se reflejan los gastos reales.

Miembros, estén cubiertos con los ingresos generados por el cargo aplicado a las compras de insumos de salud pública en nombre de los Estados Miembros.

Intervención del Consejo Directivo

10. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota de este informe de progreso y haga los comentarios que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (documento CD52/15) [consultado el 15 de mayo del 2017]. Se puede encontrar en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=es

K. SITUACIÓN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

1. Este documento se preparó en respuesta al mandato de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de realizar evaluaciones y exámenes periódicos de los centros panamericanos e informar sobre cuestiones institucionales o el progreso técnico de importancia estratégica para la Organización.

Antecedentes

2. Los centros panamericanos han sido una modalidad importante de cooperación técnica de la OPS durante casi 60 años. En ese período, la OPS ha creado o administrado 13 centros,¹ cerrado nueve² y transferido la administración de uno de ellos a sus propios Órganos Deliberantes.³ En este documento se presenta información estratégica actualizada sobre el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA).

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

3. BIREME es un centro especializado de la OPS fundado en 1967 para canalizar la cooperación que la Organización proporciona a los Estados Miembros en relación con la información científica y técnica, y con el intercambio de conocimiento y evidencia que contribuyen al mejoramiento continuo de los sistemas, la educación y la investigación en materia de salud.

4. Dentro de la estructura orgánica de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), BIREME está situado en el Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud (EIH) y cuenta con un plan de trabajo bienal específico para el bienio 2018-2019 aprobado por la Directora de la Oficina.

Estructura institucional de BIREME

5. El marco institucional de BIREME se estableció mediante el Convenio de Mantenimiento y Desarrollo del Centro (el “Convenio de Mantenimiento”), suscrito entre la OPS y los Ministerios de Salud y Educación de Brasil, el Ministerio de Salud del Estado de São Paulo y la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) en el año 2004.

¹ BIREME, CAREC, CEPANZO, CEPIS, CFNI, CLAP/SMR, CLATES, ECO, INCAP, INPPAZ, PANAFTOSA, PASCAP y el Programa Regional de Bioética en Chile.

² CAREC, CEPANZO, CEPIS, CFNI, CLATES, ECO, INPPAZ, PASCAP, y el Programa Regional de Bioética en Chile.

³ INCAP.

6. En el 2009, reconociendo que el marco institucional de BIREME no respondía adecuadamente a las necesidades de gobernanza, gestión y financiamiento actuales y futuras del Centro, el 49.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD49.R5, mediante la cual se adoptó un nuevo Estatuto de BIREME y se solicitó a la Directora de la Oficina que entablara negociaciones con el Gobierno de Brasil a fin de redactar un nuevo convenio de sede para BIREME que defina las responsabilidades del Gobierno con respecto al mantenimiento de BIREME, así como a sus prerrogativas e inmunidades en ese país.

7. El Convenio de Mantenimiento del 2004 caducó el 1 de marzo del 2015.

Situación actual de los marcos institucionales

Convenio sobre instalaciones y operaciones

8. Se están haciendo esfuerzos para poner en práctica plenamente el nuevo marco institucional de BIREME, en tanto el Representante de la OPS/OMS en Brasil y el Director de BIREME siguen las negociaciones sobre el convenio de sede con el Gobierno de Brasil. Mientras tanto, se celebró un acuerdo de cooperación quinquenal específico (*Termo de Cooperação para o desenvolvimento e aprimoramento da BIREME*) con el Ministerio de Salud de Brasil el 2 de febrero del 2017. Este nuevo acuerdo reconoce la condición jurídica de BIREME como centro panamericano que es parte integrante de la OPS, de conformidad con los acuerdos básicos firmados entre la Organización y el Gobierno de Brasil. También estipula las contribuciones financieras que efectuará el Gobierno de Brasil para el mantenimiento de BIREME.

Progreso reciente en BIREME

9. La tercera sesión del Comité Científico de BIREME tuvo lugar los días 6 y 7 de diciembre del 2017, y contó con la presencia de reconocidos expertos en gestión de la información y del conocimiento y áreas relacionadas de Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Jamaica y México. Las recomendaciones principales fueron: *a*) apoyar y promover normas y prácticas de ciencia abierta (acceso abierto, datos abiertos, métodos de medición habituales y alternativos); *b*) evaluar políticas públicas para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible 6 y 7 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, y *c*) promover el intercambio de información entre los países sobre experiencias y proyectos exitosos.

10. En el contexto del 50.º Aniversario de BIREME, se establecieron líneas de acción para fortalecer su cooperación técnica a los niveles local, nacional y regional.

Objetivos a corto plazo para BIREME

11. Entre los objetivos a corto plazo se encuentran los siguientes:

- a) continuar con las negociaciones con el Gobierno de Brasil a fin de ultimar el convenio de sede, lo que contribuirá a aumentar la eficacia de BIREME como institución y fortalecerá operacional y financieramente al Centro;
- b) poner en práctica las recomendaciones del Comité Consultivo de BIREME, según lo acordado en su sexta sesión del 2 de febrero del 2017; el Comité cooperará en la consolidación institucional de BIREME como centro de referencia de evidencia e información científicas para los países de América Latina y el Caribe;
- c) poner en práctica las recomendaciones del Comité Científico de BIREME, según lo acordado en la tercera sesión del Comité, a fin de fortalecer el programa de cooperación técnica del Centro, considerando sus productos y servicios en materia de comunicación y redes científicas;
- d) celebrar el 10.º Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS10) en Brasil del 23 al 25 de octubre del 2018, en coordinación con el país anfitrión;
- e) elaborar y ejecutar el plan de movilización de recursos financieros de BIREME, de conformidad con la política interna de la Oficina, para lograr la sostenibilidad financiera del Centro.

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

12. El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) se creó en 1970 mediante un convenio entre el Gobierno del Uruguay, la Universidad de la República del Uruguay y la OPS. El Centro se fusionó con la Unidad de la OPS de Salud de la Mujer en el 2005, y al mismo tiempo comenzó a funcionar como una unidad descentralizada vinculada con el Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida. El objetivo general del CLAP/SMR es promover, fortalecer y mejorar las capacidades de los países de la Región de las Américas en materia de atención de salud para la mujer, la madre y el recién nacido.

Progreso reciente en el CLAP/SMR

13. El enfoque estratégico adoptado por el CLAP/SMR se ha centrado en la cooperación Sur-Sur, el intercambio de buenas prácticas y un enfoque comunitario para reducir la mortalidad materna y neonatal. El Centro: *a)* participó en proyectos interdepartamentales prioritarios en zonas como la región del Chaco de Argentina; *b)* aumentó el acceso y mejoró la calidad de la atención de salud en los servicios maternos y neonatales en zonas afectadas por conflictos armados en Colombia, y *c)* promovió el establecimiento de Casas Maternas Saludables en Nicaragua para reducir las inequidades en cuanto a la accesibilidad y la calidad de los servicios, sobre todo para las mujeres y los niños de zonas rurales, la población indígena y afrodescendiente, y otros grupos.

14. Se han fortalecido las capacidades de la Red del CLAP/SMR para el seguimiento y la atención de la mujer en 60 centros centinela en 16 países, haciendo hincapié en la morbilidad materna extremadamente grave (o cuasincidente) y la anticoncepción posobstétrica, así como en el proyecto dirigido a mujeres que han tenido un aborto (conocido como “Mujeres en situación de aborto” o MUSA), incluida la orientación sobre anticonceptivos en sucesos posobstétricos (en el puerperio y después de un aborto), conforme a las leyes y los reglamentos nacionales pertinentes. Se impartió capacitación a casi 4.000 profesionales para que se desempeñen como instructores y desarrollen capacidades en urgencias obstétricas, vigilancia y respuesta a la mortalidad materna, partería, auditoría de defunciones neonatales, anticoncepción y uso del Sistema de Información Perinatal (SIP) por medio de talleres presenciales y virtuales.

15. Gracias al proyecto interprogramático “Cero muertes maternas por hemorragia”, apoyado por la Directora, 12 países han desarrollado capacidad técnica para el tratamiento de emergencias obstétricas: Bolivia, Brasil, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname. Seis países han capacitado personal en servicios de atención obstétrica (Brasil, Colombia, México, Trinidad y Tabago, República Dominicana y Uruguay) y cinco países han elaborado planes nacionales para promover la salud materna y reducir la mortalidad materna (Belice, Granada, Jamaica, República Dominicana y Trinidad y Tabago).

16. El nuevo Sistema de Información Perinatal (SIP+) permitirá a los países mejorar y simplificar la aplicación de los diferentes tipos de sistemas electrónicos de registro y notificación clínicos. El Sistema de Información Perinatal se está utilizando actualmente a diferentes niveles en 22 países, ocho de ellos en el Caribe angloparlante.

17. En octubre del 2017, la Organización celebró un nuevo Acuerdo Básico sobre la estructura institucional y estratégica actual del CLAP/SMR con el Gobierno del Uruguay.

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

18. PANAFTOSA es un centro de la OPS ubicado en el estado brasileño de Rio de Janeiro. Fue creado en 1951 mediante un convenio suscrito entre el Gobierno de Brasil y la OPS. Su propósito inicial era ejecutar el Programa Hemisférico para la Erradicación de Fiebre Aftosa (PHEFA). En el 2005, se transfirieron las actividades de referenciamiento, investigación y cooperación técnica con respecto a las zoonosis y la inocuidad de los alimentos del antiguo Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) de la OPS a PANAFTOSA.

Progreso reciente en PANAFTOSA

19. El Centro fue objeto de un examen administrativo en septiembre del 2016 y de una evaluación técnica externa en septiembre del 2017. Las recomendaciones de la evaluación técnica fueron presentadas a la Gerencia Ejecutiva de la Oficina y aprobadas por la Directora en diciembre del 2017. Se llegó a la conclusión de que, pese a que se habían determinado los aspectos que debían fortalecerse, PANAFTOSA debería aprovechar sus

estrategias intersectoriales e interdisciplinarias de colaboración dentro del enfoque “Una salud” para optimizar la cooperación técnica y dotar a la Región de las Américas de un poderoso defensor de la salud pública veterinaria. Las recomendaciones, que fueron presentadas a la Directora, se pondrán en práctica durante el bienio en curso (2018-2019) mediante la hoja de ruta que se ha elaborado.

20. Con respecto a la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro, PANAFTOSA ha colaborado con la Representación de la OPS/OMS en Haití para impartir capacitación a más de 250 profesionales de la salud de los 10 departamentos del país en el manejo clínico de casos de personas expuestas a mordeduras de perro. Se dispone de unas 15.000 dosis de vacuna antirrábica humana donadas por Brasil y Paraguay en más de 140 centros de salud. Se planificaron campañas masivas nacionales de vacunación antirrábica conjuntamente en Guatemala y Haití.

21. En Guatemala se llevó a cabo la 16.^a Reunión de Directores de los Programas de Rabia de las Américas (REDIPRA 16) los días 29 y 30 de noviembre del 2017 a fin de tratar los problemas que existen para eliminar la rabia humana transmitida por el perro en la Región de las Américas. Las recomendaciones principales fueron: *a*) fortalecer la cooperación técnica de PANAFTOSA en los países prioritarios (Bolivia, Guatemala, Haití y República Dominicana); *b*) promover estrategias para la vigilancia y el control de la rabia en zonas fronterizas, y *c*) asegurar que todos los países participantes de la REDIPRA cuenten con las capacidades básicas de laboratorio para el diagnóstico de rabia para fines del 2018.

22. Durante el 2017, PANAFTOSA siguió coordinando la Iniciativa Sudamericana para el Control y la Vigilancia de Equinococosis Quística/Hidatidosis, y publicó un protocolo para la prevención y el control locales de la hidatidosis.

23. Con respecto al envenenamiento por mordeduras de serpientes y picaduras de artrópodos ponzoñosos, el Centro ha intensificado su colaboración con el Instituto Butantan de Brasil y el Instituto Clodomiro Picado de Costa Rica a fin de determinar el impacto en la salud y determinar las necesidades de cooperación técnica, como información epidemiológica y disponibilidad de antídotos.

24. En respuesta al brote de fiebre aftosa que se registró en Colombia (junio del 2017), PANAFTOSA brindó cooperación técnica al país para fortalecer su capacidad de respuesta. Celebró, además, la Sexta Reunión Extraordinaria de la Comisión Sudamericana para la Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA) en julio del 2017, a la que asistieron representantes de 13 países, con el propósito de analizar y recomendar medidas para abordar los riesgos que enfrenta la Región. Se dio forma final a un acuerdo sobre un antígeno y un banco de vacunas regional contra la fiebre aftosa, el cual fue sometido a la consideración de los países.

25. PANAFTOSA fortaleció su cooperación técnica en cuanto al análisis de riesgos para la inocuidad de los alimentos y la resistencia a los antimicrobianos. Se creó el Consorcio de Análisis de Riesgos para la Inocuidad de los Alimentos con el apoyo de

diversas instituciones y expertos con el objeto de preparar a los países para mejorar ese tipo de análisis. El Centro ha encabezado un grupo interinstitucional que coordina acciones sobre la resistencia a los antimicrobianos en animales. En el 2017, se realizaron actividades de cooperación técnica en inocuidad de los alimentos en Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Guyana, Paraguay, República Dominicana y Suriname.

Acuerdos de cooperación y movilización de recursos

26. La contribución anual del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento de Brasil (MAPA) cubre en su totalidad los costos de mantenimiento del Centro. Además, PANAFTOSA ha logrado movilizar contribuciones voluntarias para la erradicación de la fiebre aftosa en América del Sur, que brindan apoyo a la cooperación técnica del Centro para la coordinación regional del programa PHEFA. El Centro también movilizó contribuciones voluntarias para inocuidad de los alimentos y zoonosis por parte de dependencias gubernamentales del sector de sanidad animal, entre ellos la Agencia Ecuatoriana de Aseguramiento de la Calidad del Agro (Agrocalidad) y el Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal (SENACSA) de Paraguay. Por último, por intermedio de PANAFTOSA, la OPS renovó el acuerdo de cooperación técnica celebrado con la Secretaría de Vigilancia en Salud (SVS)/Ministerio de Salud de Brasil y el que celebró con la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de ese país (ANVISA), los cuales apoyan el control de las enfermedades transmitidas por alimentos y zoonóticas y la inocuidad de los alimentos. PANAFTOSA también colabora con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) para brindar apoyo a los Estados Miembros.

Intervención del Consejo Directivo

27. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota de este informe y haga los comentarios que considere pertinentes.

- - -