



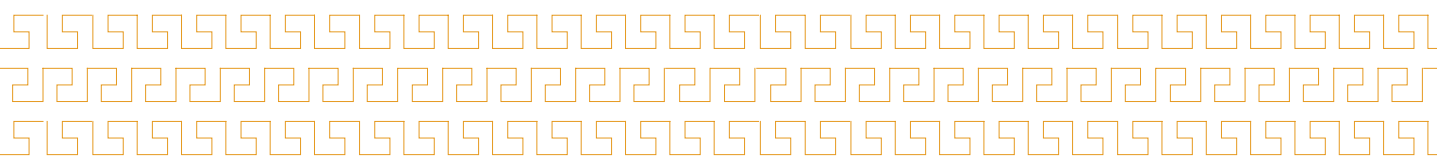
PLAN ESTRATÉGICO DE INTEGRACIÓN EN SALUD **2018-2022**





PLAN ESTRATÉGICO DE
INTEGRACIÓN EN SALUD
2018-2022

“CADA VEZ MÁS JUNTOS POR EL DERECHO A LA SALUD”



Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

PLAN ESTRATÉGICO DE INTEGRACIÓN EN SALUD 2018 – 2022 DEL ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE / Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue -- Lima: ORAS - CONHU; 2018.

100 p.; ilus.tab

Integración regional/ Agenda sanitaria/Fortalecimiento institucional de los ministerios/Prioridades andinas en salud/ Sistemas de Salud/Derechos

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2018-06450

Lima, Perú

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Nila Heredia Miranda, Secretaria Ejecutiva

Dr. Jorge Jemio Ortuño, Secretario Adjunto

Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre, Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional

Dra. Marianela Villalta, Consultora para el Área de SIDA, Sangre Segura, Medicamentos y Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Dr. Luis Beingolea More, Coordinador del Plan Andino de Salud en Fronteras, y de Áreas Temáticas

CPC. Carlos Palomino Colón, Gerente de Administración y Finanzas

COORDINACIÓN DE PUBLICACIÓN:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Encargada del Área de Comunicaciones

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2018

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú. Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org> contacto@conhu.org.pe

Imprenta: Tarea Asociación Gráfica Educativa

Pasaje María Auxiliadora 156, Breña. Lima 5. / Teléfono: 332-3229

Tiraje: 500 ejemplares / Diseño editorial: Irma Beatriz Peniche Silva / Fotos: Manuel Cruz Malca

Primera Edición. Impreso en agosto de 2018

El contenido de este documento ha sido elaborado por la Secretaría Ejecutiva del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue y el Comité Técnico de Coordinación, con el apoyo de los equipos técnicos de los Ministerios de salud andinos: de Bolivia: Gladys Poma; de Colombia: José Noriega y Paola Bernal; de Ecuador: Claudia Balseca, Laura Moreno y Andrea Esquerre; de Perú: Rocío Casildo, Camilo Figueroa y Edson Meza; y de Venezuela: Julio Colmenares.

La impresión de esta publicación ha sido financiada por el Programa “Fortalecimiento de las Redes de Laboratorio de Tuberculosis en la Región de las Américas” que tiene como receptor principal al ORAS- CONHU y como subreceptores a SECOMISCA y OPS/OMS.

Este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales. Derechos reservados conforme a Ley.

ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Dra. Ariana Campero Nava

Ministra de Salud de Bolivia

Dra. Carmen Castillo Taucher

Ministra de Salud de Chile

Dr. Alejandro Gaviria Uribe

Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dra. Verónica Espinosa Serrano

Ministra de Salud Pública del Ecuador

Dr. Abel Salinas Rivas

Ministro de Salud del Perú

Dr. Luis López Chejade

Ministro del Poder Popular para la Salud de Venezuela

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. Nila Heredia Miranda

Secretaria Ejecutiva

Dr. Jorge Jemio Ortuño

Secretario Adjunto

COMITÉ TÉCNICO DE COORDINACIÓN

Dra. Teresa Rosso, Ministerio de Salud de Bolivia

Lic. José Luis Durán, Ministerio de Salud de Chile

Lic. Jaime Matute, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Lic. Peter Skerret, Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Dr. José Castro, Ministerio de Salud del Perú

Dr. Maiqui Flores, Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela



TABLA DE CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN	10
2. NATURALEZA INSTITUCIONAL DEL ORAS - CONHU	14
2.1 Antecedentes históricos	15
2.2 Organización	17
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	20
3.1 Contexto regional	21
3.1.1 Político, económico y social	21
3.1.2 La Integración Regional y Subregional	24
3.2 Contexto subregional andino	26
3.2.1 Situación de la salud en la subregión andina	29
3.2.2 Derecho a la salud	55
3.2.3 Sistemas de Salud	61
3.3 Contexto institucional del ORAS - CONHU	73
3.3.1 Análisis institucional	73
3.3.2 Análisis interno	75



4. ESTRATEGIA INSTITUCIONAL	78
4.1 Las dimensiones de acción del ORAS - CONHU	80
4.2 Visión	83
4.3 Misión	83
4.4 Principios	83
4.5 Objetivos estratégicos y Resultados	84
4.6 Matriz general del PEIS 2018 – 2022	86
Proyecto “Fortalecimiento de las Redes de Laboratorio de Tuberculosis en la Región de las Américas”	90
Galería de fotos	93
Índice de gráficos	98
Índice de tablas	99



Lima, 15 de febrero de 2018

REMSAA Extraordinaria XXXI/1

**PLAN ESTRATÉGICO DE INTEGRACIÓN EN SALUD 2018 - 2022
ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPOLITO UNANUE**

Las Ministras y los Ministros de Salud de los países miembros,


Considerando:


1. Que la Secretaría Ejecutiva y el Comité Técnico de Coordinación elaboraron una propuesta de Plan Estratégico de Integración en Salud 2018 – 2022, del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue.
2. Que la propuesta fue elaborada, revisada y discutida en reuniones presenciales con el Comité Técnico de Coordinación, realizadas en Lima - Perú el 27 y 28 de junio, el 7 y 8 de septiembre, el 11 y 12 de diciembre de 2017 y el 14 de febrero de 2018.
3. Que se tomaron en consideración todas las observaciones, sugerencias y comentarios realizados por los representantes de los países miembros.

Resuelven:

1. Aprobar el Plan Estratégico de Integración en Salud 2018 - 2022 del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXI Reunión Extraordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Lima, Perú el 15 de febrero de 2018.


DR. LUIS LÓPEZ CHEJADE
MINISTRO DEL PODER POPULAR
PARA LA SALUD
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
PRESIDENTE DE LA XXXVI REMSAA


DRA. NILA HEREDIA MIRANDA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPOLITO UNANUE



CAPÍTULO 1: **PRESENTACIÓN**





La elaboración del presente Plan Estratégico de Integración en Salud (PEIS) 2018 – 2022 contó con el seguimiento permanente de los ministros y ministras, quienes oportunamente instruyeron a través de sus mandatos la evaluación del Plan Estratégico 2013 – 2017, la elaboración del nuevo Plan y su aprobación mediante Resolución expresa.

En septiembre de 2015, según Resolución 501 de la XXXV REMSAA (Cochabamba, Bolivia), se instruyó al ORAS – CONHU y al Comité Técnico de Coordinación (CTC), la revisión de los mandatos y resultados de las comisiones, redes y grupos técnicos del ORAS – CONHU, como mecanismo de evaluación del PEIS 2013-2017, a su vez señaló el inicio del proceso de formulación del nuevo Plan Estratégico.

Se realizaron cinco reuniones presenciales del CTC, las mismas que sirvieron para la programación, metodología, cronograma, seguimiento y elaboración del documento final que fue aprobado por la XXXI REMSAA extraordinaria del 14 de febrero de 2018, realizada en la ciudad de Lima.

Una de las características en la elaboración del PEIS 2018 – 2022 fue la amplia participación de todos los niveles involucrados con una mirada estratégica política. En su desarrollo fue también un factor de cohesión institucional, abarcando ministros, oficinas de Relaciones Internacionales y Cooperación de los ministerios de salud, los Comités Andinos, autoridades y funcionarios del ORAS – CONHU.



El Plan Estratégico de Integración en Salud 2018 – 2022 presenta las cuatro líneas estratégicas:

1. Integración regional
2. Agenda sanitaria
3. Fortalecimiento institucional de los ministerios
4. Prioridades andinas en salud

Este documento está organizado en cuatro capítulos; luego de la presentación, el capítulo 2 que presenta la información institucional en cuanto a sus antecedentes históricos, su organización y funcionamiento.

El capítulo 3 se refiere al contexto regional y andino bajo el que se elabora y conduce el PEIS, y que orienta a la priorización de las actividades. El contexto regional americano aborda un diagnóstico político, económico y social, además el proceso de integración regional. El contexto subregional andino presenta un diagnóstico de la situación de salud de los países andinos tomando en cuenta la última información disponible para todos los países. También se describen los sistemas de salud andinos.

El capítulo 4 presenta la Misión y Visión institucional, los principios que lo guían. Las matrices operativas del Plan se muestran según sus objetivos, indicadores y resultados.



CAPÍTULO 2:

NATURALEZA INSTITUCIONAL DEL ORAS - CONHU





2.1. Antecedentes históricos

El 18 de diciembre de 1971 se convocó a la primera Reunión de Ministros de Salud del Área Andina en Lima, Perú, ocasión en la que se suscribió el “Convenio Hipólito Unanue sobre Cooperación en Salud de los países del Área Andina”, su creación estuvo ligada a los ideales de integración sudamericana promovidos por el Acuerdo de Cartagena firmado dos años antes, principio que lo mantiene. Participaron en la primera reunión y lo siguen haciendo hasta ahora, los ministros de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. En el año 1998 el Convenio Hipólito Unanue se adscribe formalmente al Sistema Andino de Integración¹, SAI, mediante Resolución del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores. En consonancia por Resolución REMSAA XXIII/372 de noviembre de 2011, el Convenio Hipólito Unanue adopta la denominación, sin perder su nombre original, de Organismo Andino de Salud, ORAS-CONHU.

El Sistema Andino de Integración (SAI), es el conjunto de órganos e instituciones de la Comunidad Andina que tiene como finalidad profundizar la integración subregional andina y promover su proyección externa. Está constituido por diferentes instituciones cada una con funciones específicas, desde las normativas y de dirección política hasta judiciales, ejecutivas, deliberantes, sociales, financieras, sanitarias y educativas. Estas son: Consejo Presidencial Andino, Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, Parlamento Andino, Tribunal Andino de Justicia, Consejo Consultivo Empresarial, Consejo Consultivo de Pueblos Indígenas, Consejo Consultivo de Autoridades Municipales, Universidad Andina Simón Bolívar, Fondo Latinoamericano de Reservas, Banco de Desarrollo de América Latina CAF, Convenio Simón Rodríguez, Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, Secretaría General y Comisión de la Comunidad Andina.

¹El Sistema Andino de Integración se crea en el año 1996. El Convenio Hipólito Unanue fue asimilado al Sistema en el año 1998 y posteriormente en el 2001 los ministros incorporan la denominación de Organismo Andino de Salud al Convenio.



XXXVI Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina
Venezuela, 5 de mayo de 2017

XXXI Reunión Extraordinaria de Ministras y
Ministros de Salud del Área Andina
Lima, 15 de febrero de 2018





2.2. Organización

La Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, REMSAA, es la autoridad máxima y se rige mediante Estatutos y Reglamentos. La Secretaría Ejecutiva del ORAS - CONHU es la instancia permanente para la ejecución de los mandatos de los ministros y sus atribuciones se encuentran señaladas en su manual de organización y funciones. Para la coordinación y seguimiento de las actividades objeto de las Resoluciones de las Reuniones de Ministros existe el Comité Técnico de Coordinación conformado por los directores de las Oficinas de Relaciones Internacionales de los Ministerios de Salud.

La ejecución de las actividades propuestas en el Plan Estratégico y los Planes Anuales es realizada previa propuesta elaborada y documentada por el equipo técnico de la Secretaría Ejecutiva, y puesta en consideración a los Comités Andinos constituidos por los representantes del área específica de los seis Ministerios. El documento final es producto del análisis detallado de los miembros de cada Comité y la coordinación del equipo técnico de la Secretaría Ejecutiva del ORAS - CONHU.

Los Comités Andinos en funcionamiento son:

- Comité del Plan Andino de Salud en Fronteras, PASAFRO
- Comité Andino de Vigilancia de la Salud Pública
- Comité Andino de Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- Comité Andino del Cambio Climático, Gestión del Riesgo para Emergencias y Desastres
- Comité Andino de Prevención y Control de la Rabia
- Comité Andino de Acceso a Medicamentos



- Comité Andino de Recursos Humanos en Salud
- Comité Andino de Salud Intercultural
 - Subcomité de Salud Materna con Enfoque Intercultural
 - Subcomité de Salud de Afrodescendientes
- Comité Andino de Salud Integral de Adolescentes
- Comité Andino para la Prevención y Erradicación de la Desnutrición Infantil
- Comité Andino para la Atención de Personas con Discapacidad
- Comité Andino de Sangre
 - Subcomité de VIH/SIDA y Hepatitis
- Comité Andino de Salud y Economía
- Comité Andino de Evaluación de Tecnología Sanitaria
- Comité Andino para la Tuberculosis



CAPÍTULO 3:

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL





3.1. Contexto regional

3.1.1. Político, económico y social

La elaboración del presente Plan Estratégico se basa en la consideración de los aspectos socioeconómicos y políticos, que hacen a la estructura de los Estados y la Región, mismos que inciden sobre el perfil sanitario de las poblaciones y a la vez, permiten establecer estrategias para que la población pueda ejercer el derecho a la salud en los plazos deseados y comprometidos internacionalmente por los Estados.

Es indudable que el siglo XX se caracterizó por un importante avance científico y tecnológico en todos los campos de las ciencias y disciplinas que, utilizadas de manera equilibrada le permitiría a la humanidad en su integridad a disfrutar de una calidad de vida aceptable y equilibrada. La cibernética y la informática son el aporte seguramente más grande que la historia de la humanidad pudo desarrollar y que gracias a su uso hoy es factible no solo conocer y reconocer la distribución territorial de recursos primarios sino inclusive reemplazar al ser humano en situaciones de riesgo.

La producción agrícola con el uso del desarrollo científico, usado con fines benéficos, podría resolver las necesidades de la población de todo el mundo. Al siglo XXI parece depararle la necesidad de utilizar estos adelantos en beneficio de la humanidad cuyo número tiende a seguir aumentando.



El informe de la FAO, Estado de Inseguridad Alimentaria², elaborado a propósito del cumplimiento de las ODM 2015, en relación con el hambre sostiene que “aproximadamente 795 millones de personas de todo el mundo siguen estando subalimentadas” y que una de cada nueve personas en el mundo no disponen de suficientes ingresos económicos siquiera para consumir una alimentación que le permita tener una vida activa y saludable. Estas personas hambrientas vivían, para el 2015 sobretodo, en países en desarrollo. Es posible que los desplazamientos de miles de personas producto de las guerras haya aumentado este número.

El aumento de los ingresos económicos en todos los países suramericanos hasta el 2012 aproximadamente, y en particular los países andinos, logró reducir las tasas de pobreza y desnutrición de manera sostenida, al mismo tiempo alcanzar las metas comprometidas a cuatro de los seis países, los dos restantes con seguridad a la fecha ya lo lograron. Sin embargo, luego de este periodo se presentaron 6 años seguidos de desaceleración económica y los indicadores obtenidos como la disminución de la pobreza se detuvieron, la oferta laboral disminuyó al igual que el ingreso familiar, dejando vulnerables a un 39 % de los latinoamericanos a la recaída de la pobreza.

Esto se corrobora con la presencia en la sub región de una media de talla baja (desnutrición crónica) en menores de 5 años de 13,7%. Si se omite Chile de la ecuación, la media se incrementa a 16,5%. Según la OMS, para el año 2015, la prevalencia media de niños menores de 5 años con talla baja, en sudamerica, era de 9,9%. Superan claramente este promedio Ecuador, Bolivia y Perú³.

² FAO, FIDA y PMA. 2015. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2015. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 en relación con el hambre: balance de los desiguales progresos*. Roma, FAO.

³ ORAS-CONHU, *Análisis del estado de la desnutrición infantil en los países miembros del ORAS CONHU*, 2017.



Según el informe de OXFAM 2017⁴ *Una economía para el 99%*, muestra que la brecha entre ricos y pobres es mucho mayor de lo que se temía.

Oxfam describe cómo las grandes empresas y los más ricos logran eludir y evadir el pago de impuestos, potencian la devaluación salarial y utilizan su poder para influir en políticas públicas, alimentando así la grave crisis de desigualdad. Ya en el 2015 OXFAM en su informe temático⁵ denominado “Tenerlo todo y querer más”, evidencia cómo ese proceso de acumulación de capital es especialmente notorio en las industrias vinculadas al sector salud: de aseguramiento, farmacéutica y tecno médica. Ese hecho es de trascendental importancia, ya que hace de ese complejo médico industrial, un poderoso lobista que ha convertido a la salud en un espacio privilegiado para los intereses empresariales, que influye y determina las políticas de salud.

Un segundo factor a considerar, es la profunda degradación ambiental producida por el modelo de acumulación y consumo. La crisis ambiental, dos de cuyas manifestaciones más importantes son el cambio climático y el calentamiento global, además de representar una real amenaza a la vida del planeta, tiene un severo impacto sobre la vida y la salud de todos los seres vivos⁶, produciendo el incremento de las enfermedades transmitidas por vectores, por contaminación hídrica, de suelos y medio ambiente, respiratorias, cardiovasculares, alérgicas, y otros procesos patológicos. Se incrementa año tras año la magnitud y la frecuencia de fenómenos climáticos extremos y desastres, con su consecuente carga de lesionados, muertes y desplazados.

⁴ OXFAM Informe 2017 *Una economía para el 99%*

⁵ OXFAM Informe temático 2015

⁶ ORAS - CONHU Cambio climático



Finalmente debemos tener en cuenta, desde la perspectiva de lo político, cómo nuestra región se ha convertido en un escenario crucial de una disputa por recursos estratégicos. Señala el US Geological Survey 2007-2017⁷, que algunos países requieren mayores recursos (ejemplo, minerales estratégicos) que son imprescindibles para su mantenimiento como potencia a nivel militar, espacial, satelital, cibernético, etc. y que buena parte de esos recursos clave se encuentran en países de la región andina y suramericana (litio, cobre, petróleo, agua, sin los cuales es imposible pensar en el desarrollo del complejo campo de la informática y la automatización de la vida actual. Garantizar el acceso seguro y control de esos recursos estratégicos se convierte en una política de vital importancia para los países desarrollados.

3.1.2. La Integración Regional y Subregional

Históricamente el continente americano y particularmente, el latinoamericano ha tendido a generar lazos de amistad e integración, nacidos del deseo común de volver a encontrar los lazos de unidad de los pueblos y naciones que originalmente vivieron en las tierras del continente y subcontinente.

Las luchas por la independencia y la creación de una sola nación que caracteriza el pensamiento de Bolívar a la que se unieron luchadores de la talla de San Martín, O'Higgins, Artigas y tantos otros dan fe del sentimiento libertario y de unidad de nuestras naciones.

⁷ USGS 2007-2017

Son varios los mecanismos de unidad, que para la Región Andina se traduce en la firma del Acuerdo de Cartagena en 1969, antecedida por la Declaración de Bogotá del año 1966, firmada por los presidentes de Colombia, Chile y Venezuela, y delegados de los presidentes de Ecuador y Perú, proponiendo “la adopción de fórmulas prácticas para acelerar al máximo el progreso de los países de menor desarrollo económico relativo y de mercado insuficiente”. Sin embargo en estos acuerdos predominaron los aspectos comerciales y arancelarios.

En el 1969 se conforma la Comunidad Andina (CAN) y se estructura el Sistema Andino de Integración (SAI), que si bien mantiene la predominancia de lo comercial y económico, adquiere una connotación política y de integración regional en respuesta a los cambios globales y las tendencias mundiales. A su vez integra a las organizaciones subregionales andinas que fueron formándose en el ámbito social y político para constituir un bloque fortalecido con capacidad de estar a la altura de los nuevos escenarios internacionales.

La Unión de Naciones Suramericanas, UNASUR, consolidada el año 2008, constituye un avance singular para la integración de países suramericanos, que les permitió crecer y avanzar en conjunto logrando posiciones políticas, económicas y sociales frente al concierto de las naciones y organizaciones en el orden internacional.

Paralelamente a la evolución de los organismos de Integración subregional y regional, los temas de salud internacionalizados por el desarrollo de la ciencia, la identificación de las epidemias y necesidades de



intercambio para resolver los problemas sanitarios más allá de las fronteras, ha hecho de la salud un espacio natural de integración, permitiendo identificar problemas socio sanitarios, gestionar respuestas conjuntas en aspectos técnicos, sociales, científicos e inclusive comerciales frente a la comercialización interesada de medicamentos y productos tecnológicos, además de generar espacios de reflexión y propuestas fortalecidos por las características históricas y sociales de las poblaciones.

Conceptualmente la integración regional es el esfuerzo o movimiento convergente realizado por los Estados dirigido a la obtención de objetivos comunes mediante la armonización o unificación de sus políticas y atención de sus problemas comunes. La integración andina en salud demuestra la validez y vigencia del mencionado concepto, demostrado en los 46 años de trabajo del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, que ha podido construir una política de salud con valores andinos e intereses compartidos.

3.2. Contexto subregional andino

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y Compromisos Internacionales

Al finalizar el tiempo planteado para alcanzar los retos de los Objetivos del Milenio al 2015 e incorporar en la evaluación de lo alcanzado los planteamientos y recomendaciones de la Comisión de las Determinantes Sociales aprobadas por la OMS, el año 2015 los Estados reunidos en la ONU asumieron nuevos retos hacia el 2030 cuyos objetivos centrales son erradicar la pobreza, proteger el planeta y garantizar una vida sana y bienestar para todos, con los que quisiéramos lograr el paradigma del Buen Vivir.



Con 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, la agenda intenta abordar los temas desde todos los ámbitos sociales y económicos, de los que al menos 5 objetivos e inclusive 8 forman parte de las determinantes que condicionan la salud de la población. De todos ellos el objetivo N° 3 con 13 metas explícitamente está constituida por responsabilidades del ambito sanitario.

El calentamiento del planeta

El efecto invernadero (GEI) incide sobre los seres vivos, porque retiene el calor del sol mediante una combinación de gases y grosor de la capa atmosférica que retiene el calor. Sin embargo, la desenfrenada destrucción de los suelos por la sobre explotación y uso de combustibles fósiles para la producción industrial, la tala de árboles o el uso de agroquímicos y otros ha intensificado el fenómeno natural y acelerado el calentamiento global causando cada vez mayores alteraciones en el medio ambiente y clima. A torrenciales lluvias, nevadas, huracanes o ciclones en unos territorios se acompaña graves sequías, pérdida de fecundidad de la tierra y desertificación en otros, a su vez que vemos con desesperación el derretimiento de las cumbres nevadas, fuente de agua dulce para numerosas poblaciones urbanas y rurales.

Con el propósito de frenar el calentamiento del planeta y en lo posible enmendarlo, en diciembre de 2015 se llevó a cabo la 21ª Cumbre de Naciones Unidas sobre Cambio Climático en la ciudad de París, cuyo objetivo fue establecer un acuerdo mundial para reducir las emisiones de GEI y, mantener la temperatura por debajo de los dos grados centígrados, aumentar la capacidad de adaptación a los efectos adversos del cambio climático y promover la resiliencia al clima así como mantener bajas emisiones de gases.



Este esfuerzo global para combatir los efectos nocivos del cambio climático, se vio reflejado con la firma del Acuerdo de París por 175 líderes mundiales, el 22 de abril de 2016, siendo el acuerdo internacional que mas países firmaron en un día. Después de esa fecha otros países de los 195 miembros de las Naciones Unidas se sumaron con la firma del Acuerdo. Lastimosamente nuevas amenazas se ciernen sobre esta meta que sin duda el conjunto de los países evitarán que se hagan efectivas a riesgo de sucumbir todo el planeta en tiempo corto.

Estrategia Fin de la tuberculosis:

El 17 de noviembre de 2017 setenta y cinco ministros acordaron tomar medidas urgentes para erradicar la tuberculosis (TB) antes de 2030. El anuncio se realizó en la primera Conferencia Ministerial Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Terminar con la tuberculosis en la era del desarrollo sostenible. Una respuesta multisectorial", que reunió a delegados de 114 países en Moscú, Rusia y que fuera organizada con el objetivo de acelerar la aplicación de la estrategia que busca el fin de la tuberculosis en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a través de una respuesta multisectorial.



3.2.1. Situación de la salud en la subregión andina

Las estrategias político-económicas y sociales de los Estados Latinoamericanos en los últimos diez años fueron fundamentales para que los indicadores socio sanitarios muestren modificaciones positivas en la calidad de vida de la población, particularmente de la región andina.

El aumento de los años de vida reflejados en el incremento de la esperanza de vida al nacer, en la disminución de la mortalidad infantil y materna, evidencian cierta mejora de indicadores de salud vinculados a los servicios y calidad de atención sanitaria; sin embargo, otra faceta de la situación sanitaria en la región muestra el incremento de las enfermedades no transmisibles (ENT), que engloba a las enfermedades crónicas y degenerativas, los accidentes de tránsito, la violencia, las lesiones y daños a la salud por las condiciones de trabajo no reguladas y, por las intoxicaciones por contaminación de suelos y agua entre los más evidentes. Se distingue, por tanto, una transición epidemiológica hacia un perfil de salud mixto, como es el caso de Bolivia, Perú y Venezuela; en tanto que la principal causa de mortalidad en Chile y Colombia son las enfermedades no transmisibles.

La disminución de cinco factores de riesgo que producen la cuarta parte de las defunciones en el mundo: insuficiencia ponderal infantil, prácticas sexuales de riesgo, consumo nocivo de alcohol, aguas insalubres y falta de saneamiento, e hipertensión arterial, han logrado aumentar en cinco años la esperanza de vida⁸. Sin embargo, estas mejoras, no son homogéneas en los países andinos y tampoco al interior de

⁸<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/9/09-070565/es/>



cada Estado, siendo las poblaciones más vulnerables las que se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extremas, para quienes los desastres, las epidemias, la pérdida de sus fuentes de trabajo cada vez mas informales, las enfermedades o lesiones de gasto catastrófico incrementan el riesgo de morbimortalidad, a esto se suman las dificultades en el acceso a los servicios por razones económicas, insuficiente número de profesionales, de infraestructura y equipamiento, o gestión de las autoridades nacionales y locales particularmente dirigidas a las áreas rurales y periurbanas.

a) Indicadores demográficos

Población

La región andina está constituida por seis países situados a lo largo de la Cordillera de los Andes con una población proyectada al año 2017 de alrededor de 160 millones de habitantes sobre una superficie aproximada de 5,4 millones de kilómetros cuadrados. La población se encuentra concentrada en las capitales de los Estados, ciudades industriales y de la costa en desmedro de las regiones rurales, particularmente amazónicas.

Densidad Poblacional

La densidad poblacional media en la América es de 28,73 habitantes por kilómetro cuadrado. Los países más densamente poblados son Ecuador con 59 y Colombia con 43 habitantes por km².



TABLA 1. Densidad poblacional en los países andinos con población proyectada al año 2017

PAÍS	POBLACIÓN	%	SUPERFICIE	%	DENSIDAD POBLACIONAL
	habitantes	hab.	km ²	sup	hab/km ²
BOLIVIA	11.145.770	7.0%	1.098.581	20,0%	10,15
COLOMBIA	49.291.609	31.3%	1.141.748	20,8%	43,17
CHILE	17.373.831(*)	11.0%	756.950	13,8%	22,95
ECUADOR	16.776.977	10.7%	283.561	5,2%	59,17
PERÚ	31.488.625	20.0%	1,285.220	23.4 %	24,50
VENEZUELA	31.431.164	20.0%	916.445	16.7%	34,30
TOTAL	157.507.976	100.0%	5.482.505	100.0%	28,73

FUENTE: Institutos Nacionales de Estadística de cada país andino 2017. () Población proyectada Chile 2017*

Por su extensión territorial, la subregión andina ocupa el séptimo lugar en extensión en el mundo, Perú tiene la mayor extensión en la subregión, seguido de Colombia y Bolivia.

La población andina tiene tendencia a disminuir el crecimiento en su población menor de 15 años y a aumentar la población mayor de 65 años, lo que cambiaría el contexto epidemiológico de las enfermedades en la próxima década.



TABLA 2. Distribución de la población andina por grupos de edad e indicadores vitales

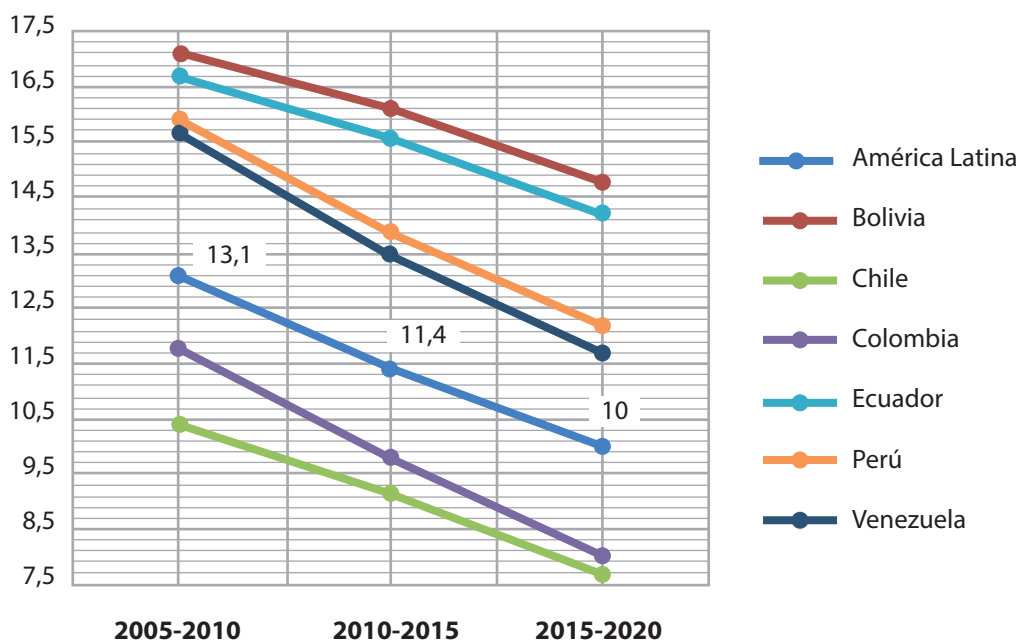
	Población Total (miles)	Edad mediana (años)	Población < 15 años (% de hab)	Población entre 15 y 65 años (%hab)	Población > 65 años (% de hab)	Nacimientos (miles)	Defunciones (miles)	Diferencial Nacimientos vs Defunciones
AMÉRICA LATINA	633.655	30	25	67	8	10.674,60	3.761,10	6.913,50
BOLIVIA	10.888	24	32	61	7	254	79,6	174,40
COLOMBIA	48.654	30	24	69	7	739,6	291,3	448,30
CHILE (*)	18.132	39	4	86	10	244,6	103,3	141,30
ECUADOR	16.385	27	29	64	7	330,8	83,7	247,10
PERÚ	31.774	28	27.5	65.8	6.7	584,7	171,7	413,00
VENEZUELA	31.519	28	28	66	6	598,2	176,6	421,60

FUENTE: Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas 2016. OPS/OMS Chile (*). Actualización de proyecciones, INE de Chile año 2014. Datos para el año 2015.

Crecimiento Demográfico

La tasa de crecimiento demográfico de América Latina es descendente, entre los países andinos Chile y Colombia se caracterizan por tener una tasa de crecimiento por debajo de la tasa de crecimiento de la subregión.

GRÁFICO 1. Tasa de crecimiento demográfico por Quinquenios en países andinos.



FUENTE: Estimaciones y proyecciones al 2020 de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina - Revisión 2016. CEPAL

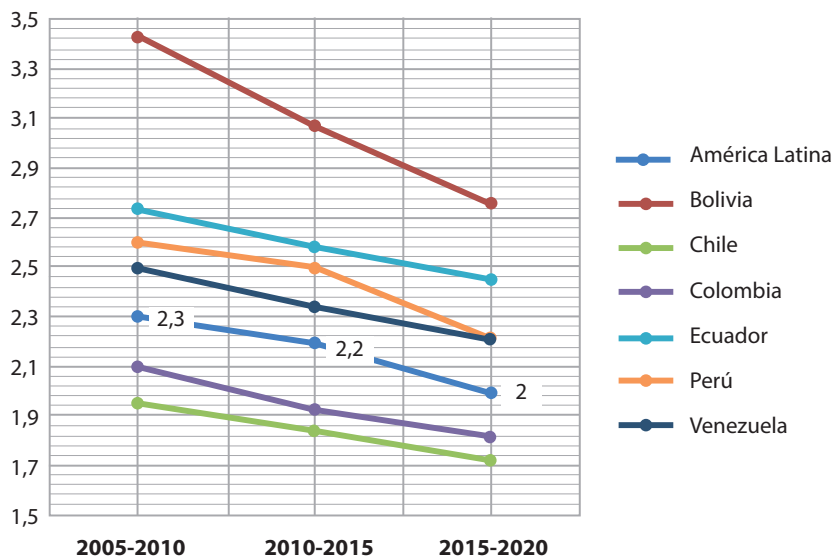


Tasa Global de Fecundidad

El número de hijos que en promedio tiene una mujer latina entre 15 y 49 años es de 2, y mantiene la misma proyección para los siguientes años.

En los países andinos la tasa global de fecundidad en el mismo rango de edad es de 3 niños en Bolivia y Ecuador, y 2 niños en los restantes cuatro países andinos. El seguimiento de las tasas globales de fecundidad establecidas por quinquenios da cuenta de la disminución del número de hijos por familia⁹.

GRÁFICO 2. Tasa Global de Fecundidad, estimada por Quinquenios en países andinos 2005-2020



FUENTE: Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina - Revisión 2016. CEPAL

⁹ En Chile, según DEIS/DIPLAS, la TGF es de 1,8 para el año 2015.



Tasa Bruta de Natalidad

El número de nacidos vivos por cada mil habitantes es de 16.5 en América Latina. Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela están sobre este promedio que traduce en la prevalencia de poblaciones jóvenes en etapas productivas. Sin embargo, la tasa bruta de natalidad ha disminuido en todos los países andinos a un ritmo acelerado.

Esperanza de Vida al Nacer

La esperanza de vida también ha mejorado en los países andinos, Chile y Ecuador tienen un promedio de 79.7 y 76.5 años de edad; mayores que el promedio de edad de América Latina que es de 75.9. Los demás países están cerca a esta cifra y Bolivia con un promedio menor de 70.4 años.

TABLA 3. Esperanza de vida al nacer estimada por quinquenios países en andinos. 2005-2020

	2005-2010	2010-2015	2015-2020
AMÉRICA LATINA	73,7	74,8	75,9
BOLIVIA	65	67,8	70,4
CHILE	78	78,7	79,7
COLOMBIA	73	73,8	74,6
ECUADOR	74,6	75,6	76,5
PERÚ	73,2	74,2	74,1
VENEZUELA	73,5	74,1	75

FUENTE: Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina - Revisión 2016. CEPAL



Índice de envejecimiento

Expresa la relación entre la población mayor o igual a 60 años entre la población menor de 15 años.

América es una de las regiones del mundo con mayor tendencia al envejecimiento de su población. Más del 80% de las personas que nazcan hoy, vivirán 60 o más años, 42% de ellos pasarán los 80.

En 2025, habrá aproximadamente 15 millones de personas de más de 80 años en la región y en el 2050, una de cada 4 personas tendrá más de 60 años (en el mundo, serán 1 de cada 5). La población de la subregión andina es aún joven respecto al resto de América, pero la tendencia es a envejecer de manera acelerada.

El promedio en América Latina es de 53, y todos los países andinos están por debajo esta relación salvo Chile y Colombia que tienen una mayor población de mayores de 65 años proyectada al 2020.

TABLA 4. Índice de Envejecimiento por Países Andinos 2010-2020

	2010	2015	2020
AMÉRICA LATINA	34,8	42,7	52,6
BOLIVIA	23,1	26,6	31,5
CHILE	57,5	71,5	88,0
COLOMBIA	34,0	44,6	58,5
ECUADOR	28,3	34,2	40,9
PERÚ	30,5	35,7	42,2
VENEZUELA	28,5	34,4	42,8

FUENTE: Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina - Revisión 2016. CEPAL



Migración

América Latina y el Caribe (ALC) , tiene un total de 6 millones anuales de migrantes, cifra muy por debajo de América del Norte que migran 40 millones de personas al año.

La tasa de crecimiento de los migrantes es de 1.7 %, en ALC es de 4 %, con respecto a la población total la tasa de inmigrantes es de 1 en comparación con América del Norte que es de 13 %¹⁰.

Los países andinos tienen un historial de alta migración respecto de las demás naciones suramericanas. La feminización de la migración está dada por mejores propuestas laborales no profesionales para las mujeres, lo que ha traído un impacto negativo importante en la solidez del núcleo familiar y los hijos. De otro lado, las remesas internacionales hacia los países de la Comunidad Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú) llegaron a USD 2,897 millones, en los últimos meses del 2015, Colombia es el mayor receptor con USD 1,232 millones de dólares ese año.

Los países suramericanos que fueron receptores de migrantes fueron Venezuela en la década de los 70, Argentina en la década de los 90 y Chile recientemente. La migración de colombianos a Ecuador, se ha incrementado a partir del año 2001. Perú es el país andino con mayor diversificación de la migración principalmente a Argentina y Chile, en menor grado a Ecuador, Bolivia y Brasil. Desde el año 2016 se ha incrementado la migración de venezolanos a Ecuador, Perú y Chile.

¹⁰América Latina y el Caribe: Migración Internacional, derechos humanos y desarrollo. Jorge Martínez Pizarro, CEPAL, Santiago de Chile 2008



En términos absolutos Colombia es el país que más población tiene en el extranjero, mientras que en términos relativos son Ecuador y Bolivia.

b) Perfil epidemiológico de enfermedades transmisibles

En este acápite se muestra la situación de las principales enfermedades transmisibles en la subregión como el Dengue, Zika, Malaria, Hepatitis, Tuberculosis, Leishmania y Chagas.

Dengue

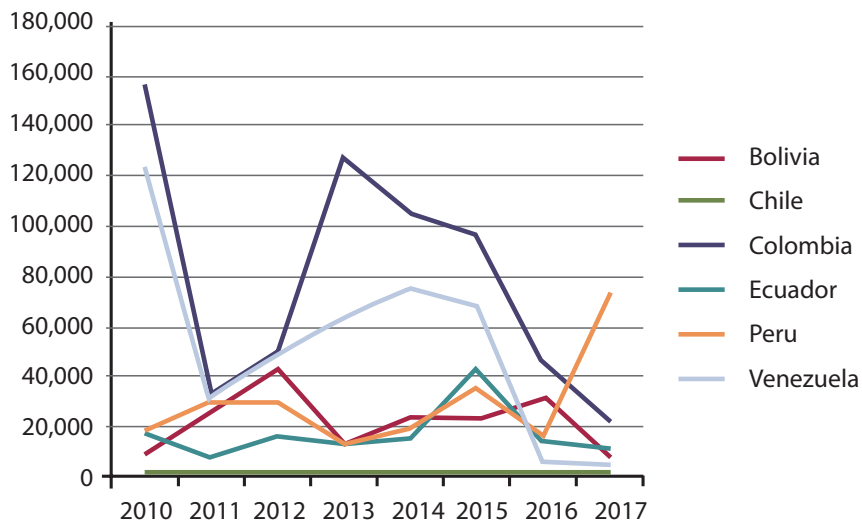
Esta enfermedad se ha convertido en un importante riesgo sanitario para cerca de 500 millones de personas en las Américas, la transmisión de la enfermedad por el mosquito *Aedes aegypti* tiene un patrón cíclico, en el hemisferio sur corresponde a los primeros meses del año, y en el norte en la segunda mitad.

La incidencia en las Américas, pasó de 16,4 casos por 100 mil personas en los años 1980, a 218,3 casos cada 100 mil durante la década 2000-2010. En el año 2015, la incidencia de la enfermedad se incrementó hasta un total de 273,993, con 19,75 casos de dengue severo y 305 defunciones denunciadas. La tasa de incidencia el 2015 fue de 194 por 100,000 hab y el año 2016 llegó a 151 por 100,000 hab; al mes de junio de 2017 la tasa fue de 59.

A la Semana Epidemiológica (SE) 43 (27 de octubre de 2017) los países andinos tienen la mayor tasa de incidencia de dengue del continente con 87 x 100,000 habitantes (sin Chile), y una tasa de letalidad de 0.47 mayor que la letalidad promedio del continente, que llega a 0.22 pero menor que los países del caribe latinoamericano que llega a 5.



GRÁFICO 3. Distribución de los casos de dengue en los países andinos 2010-2017 (SE 43)



FUENTE: *EpidemiologicalWeek/EW 52 octubre 2017*

Zika

Fueron 48 entre países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika, y cinco los países que notificaron casos de Zika transmitidos sexualmente. Desde la SE 44 de 2016, ningún nuevo país/territorio de las Américas confirmó transmisión autóctona vectorial de Zika.

Desde la SE 1 de 2017 se observa una tendencia creciente de casos sospechosos y confirmados notificados en esta región a expensas del aumento registrado en Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador y Perú.



En Bolivia, desde la SE 7 hasta la SE 44 de 2017 se han reportado 7,786 casos sospechosos de los cuales 603 han sido confirmados por laboratorio, con un máximo de casos en la SE 10 con 736 casos sospechosos y 68 casos confirmados. La mayor incidencia de la enfermedad es en el Departamento del Beni.

Ecuador, a partir de la SE 5 de 2017 continuó una tendencia al ascenso del número de casos sospechosos y confirmados, con un máximo en la SE 20 de 2017. La mayor incidencia se da en las provincias de Esmeraldas, Manabí y Santo Domingo.

En Perú, el aumento está relacionado principalmente con el brote en el departamento de Loreto y a partir de la SE 10 de 2017 se observa una tendencia al ascenso del número de casos sospechosos y confirmados, con un máximo en la SE 14 de 2017 por el brote en la Provincia de Chincha, Departamento de Ica.

Por su parte en Venezuela, el acumulado de casos probables reportados hasta la SE 37 del 2017 es de 688, procesándose 163 muestras en el Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel", resultando positivas 41 (25,15%). La tasa promedio nacional de incidencia acumulada hasta la se 37 es de 3,1 casos por cada 100,000 habitantes.

La incidencia en Venezuela ha disminuido en comparación con los años 2015-2016. La mayor incidencia esta reportada en el estado de Falcón, con 30 casos por 100,000 habitantes. En el año 2016 la tasa de incidencia en el distrito capital fue de 1,481 casos por 100,000.

La tasa de incidencia de Zika en Centroamérica es de 141,77 por 100 mil hab., en el Caribe Latino, 348.97 y los Andinos es de 133.57 hab., Brasil 171.19 y el Cono Sur, 2.31.



TABLA 5. Casos acumulados 2015-2017 de Zika en los países Andinos

Región/País	Casos autóctonos		Tasa de incidencia (a+b) por 100,000 hab	Síndrome Congénito asociado a casos confirmados de virus Zika
	Sospechosos a	Confirmados b		
Bolivia	2.586	790	30,77	14
Colombia	98.599	9.925	223,07	248
Ecuador	3.753	3.058	41,26	7
Perú	6.556	1.521	25,26	0
Venezuela	60.097	2.413	198,33	0
Total	171.591	17.707	135,59	269

FUENTE: OPS, Reporte acumulado 2015-2017 de los países de América y sus territorios. 19 octubre 2017.

Malaria

Esta enfermedad está presente en 21 países de las Américas, con 145 millones de personas en riesgo de contraerla en la región. La incidencia de casos disminuyó notablemente en el caso de Ecuador. Bolivia están en fase de pre eliminación junto a Argentina, Belice, Costa Rica, El Salvador, México y Paraguay, al año 2013.



TABLA 6. Casos de malaria e Índice Parasitario Anual 2013-2015 en los países andinos

País/Año/IPA	2013	IPA (*)	2014	IPA (*)	2015	IPA (*)
Bolivia	7.342	1,61	7.401	1,63	6.907	1,52
Chile	6	0,00	4	0,00	8	0,00
Colombia	51.722	5,34	40.768	3,85	55.866	5,49
Ecuador	378	0,10	241	0,1	686	0,10
Perú	43.139	66,76	64.676	5,49	66.609	14,96
Venezuela	78.643	13,47	90.708	15,33	136.402	22,12

FUENTE: Report on the situation of Malaria in the Americas, 2000 – 2015 OPS/OMS () Índice Parasitario Anual x 1000 habitantes*

Durante el 2015, se registró un total de 451.242 casos de malaria en las Américas, con una reducción de 62% con respecto al año 2000, pero un aumento de 16% respecto del 2014 cuando se registró el menor número de casos de malaria en las últimas cuatro décadas. Ocho de los 21 países endémicos (Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, la República Bolivariana de Venezuela y la República Dominicana) notificaron un aumento de casos con respecto al año anterior¹¹.

De los países andinos, Ecuador logró disminuir significativamente la incidencia de la enfermedad a menos de un caso por mil habitantes. Chile, no tiene casos autóctonos que representen un riesgo a la salud.

¹¹Alerta Epidemiológica 15 de Febrero de 2017. OPS/OMS



En 2016, la tendencia al aumento se mantuvo en algunos países. Colombia, Ecuador y Venezuela y un aumento en la proporción de casos de *Plasmodium falciparum* en relación con los ocasionados por *Plasmodium vivax*. Adicionalmente, Honduras y Perú notificaron aumento en la proporción de casos de malaria por *P. falciparum* en relación a los ocasionados por *Plasmodium vivax*, en las principales áreas de transmisión del país.

Hepatitis

El año 2015, los ministros de Salud de las Américas acordaron varias medidas para prevenir y controlar la infección por las hepatitis virales incluidas en el Plan Regional de la OPS 2015-2019, haciendo hincapié en las hepatitis B y C. El mundo busca terminar con las hepatitis como problema de salud pública para el 2030. Entre otras acciones, el Plan propone que los países formulen planes nacionales, extiendan la vacunación contra la hepatitis B a todos los niños menores de un año y a grupos de población de alto riesgo y vulnerables, lleven a cabo campañas de información y busquen opciones para ampliar el acceso a los medicamentos.

El Informe “Las hepatitis B y C bajo la lupa”¹² realizado por OPS en el 2016, muestra que unos 2,8 millones de personas padecen infección crónica por el VHB en la Región de las Américas, de las cuales 2,1 millones viven en América Latina y el Caribe y donde la prevalencia en la población general ha sido del 0,28% a escala regional y de 0,33% en América Latina.

¹² “Las hepatitis B y C bajo la lupa. La respuesta de salud pública en la Región de las Américas 2016- OPS Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31447/9789275319291-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y/> [citado 22 de marzo 2017]



Según este informe, menos de la mitad de los países que presentaron información de la Región de las Américas (43%, 15 de 35) han establecido estrategias o planes nacionales para la prevención, la atención y el control de las hepatitis virales, ocho países de la Región informaron que disponían de directrices para el diagnóstico, la atención y el tratamiento de la infección por el VHC armonizadas con las de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Considerando que las estrategias para prevenir y controlar las infecciones por el VHB y el VHC son distintas, es necesario dar prioridad a la prevención de la infección por el VHB mediante vacunación. El diagnóstico de los pacientes con hepatitis B y C y su vinculación con los servicios de atención y tratamiento, además de la vacunación, permitirán mitigar la carga de enfermedad y curar a aquellos que padecen la infección crónica, además de prevenir nuevos casos.

El alto precio de los medicamentos para el tratamiento de la infección por el VHC es el obstáculo mas importante para la cura de esta enfermedad altamente invalidante, razón de adoptar mecanismos o estrategias de negociación y compras mancomunadas para disminuir los precios y ofrecer tratamiento oportuno a la población infectada.

Tuberculosis

A pesar de los avances a nivel mundial relacionados con la disminución de la mortalidad, al diagnóstico y al tratamiento de la tuberculosis, esta enfermedad sigue siendo una de las mayores amenazas a la salud pública mundial y se ubica dentro de las 10 principales causa de mortalidad en el mundo.



El 2015, fueron notificados por los Programas Nacionales de Tuberculosis en las Américas 218,726 casos de TB con una tasa de Incidencia de 22,1x 100,000 habitantes, obteniéndose un 93% de la brecha total de notificación de 4.774 enfermos que correspondió a 12 países de América ¹³.

De los 12 países con más incidencia en el continente, cinco de ellos son andinos, tres presentan las mayores tasas de incidencia por 100,00 habitantes y cinco tienen los porcentajes de casos y tasas de incidencia por 100,000 habitantes más altos de Tuberculosis multidrogoresistente.

Durante el 2015, el número total de casos estimados de TB-MDR (tuberculosis multidrogoresistente) notificados en las Américas fue de 7,700 casos; de ellos 3,900, más de la mitad, corresponden a Perú y Brasil.

Para el 2015, la OMS reportó una tasa de incidencia estimada de TB de 61x100,000 habitantes en América del Sur-Andina, correspondiendo la más alta a Bolivia con 121x100,000 habitantes, seguida por Perú 118x100,000 habitantes. La menor incidencia estimada corresponde a Chile 16x100,000 habitantes¹⁴.

Durante los próximos 17 años todos los países que han respaldado la Estrategia Fin de la TB al 2035 y sus ambiciosas metas, deberán desplegar un conjunto de acciones para su cumplimiento, las mismas que incluyen acciones específicas que reducen gradualmente la incidencia de la TB hacia acciones multisectoriales que han demostrado disminuir la epidemia a una mayor velocidad.

¹³ *Global Tuberculosis Report 2016, OMS. Annex 4. TB burden estimates, notifications and treatment outcomes Page 47*

¹⁴ *Tuberculosis in the Americas. Regional Report 2015. Epidemiology, Control, and Financing. OPS- OMS. Regional Office for the Americas. Page 11*



Leishmania

Constituye un grave problema de salud pública de la región por las poblaciones donde se presenta y las mutilaciones físicas que produce, las alteraciones clínicas severas y muerte. De los casos reportados en 18 países desde México a Argentina el 40 % corresponde a los países andinos. El año 2013, Colombia, Ecuador y Perú reportaron disminución de casos en tanto que Bolivia reportó incremento.

Chagas

Endémica en 21 países distribuidos desde México hasta Argentina, con una incidencia anual de 30,000 casos vectoriales en la Región de las Américas y 9,000 recién nacidos infectados durante el embarazo. Afecta a unos 6 millones de personas y provoca, en promedio, alrededor de 14,000 muertes al año. Esta enfermedad desatendida ha disminuido su incidencia pero aún genera un 10% de enfermedades por dilatación del intestino grueso y esófago y un 30 % por dilatación cardiaca e insuficiencia.

En el ámbito andino se han alcanzado importantes logros para cortar la transmisión:

- Interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Triatoma infestans*: Chile (1999), Perú (departamentos de Tacna, 2009, y Moquegua, 2010) y Bolivia (departamento de La Paz, 2011).
- Red de vigilancia y acciones de prevención en la región amazónica, Perú (2008), Ecuador (2009) y Colombia (2009). Atención a brotes de Chagas como enfermedad de transmisión alimentaria.



Rabia

La rabia es una zoonosis causada por un virus de la familia *Rhabdoviridae*, género *Lyssavirus* que causa aproximadamente, 60,000 casos nuevos anualmente en el mundo (WHO,2013).

Los casos humanos están presentes en centros urbanos y los transmisores más comunes son perros y gatos y, a nivel silvestre (rabia silvestre), el principal transmisor es el murciélago, seguido de otros mamíferos como zorrillos, mapaches, mangostas, choznas y otros.

Los mamíferos infectados pueden terminar convirtiéndose en vectores de la enfermedad, en el caso de los murciélagos hematófagos principalmente para animales herbívoros, gatos y seres humanos.

Actualmente, para las Américas, existen zonas muy específicas con factores de riesgo para la transmisión de rabia canina, siendo prevalentes en su mayoría en los países andinos. Los últimos casos humanos de rabia canina se han presentado en Bolivia y Perú. Venezuela reportó su último caso en el año 2015, en el municipio Mara del estado Zulia.

En las áreas tropicales y subtropicales donde hay riesgo de rabia transmitida por murciélagos hematófagos (vampiros) el fenómeno de transmisión está altamente asociado a ganadería, el mayor número de casos de rabia humana atribuida a murciélagos hematófagos se da en Perú y Bolivia, y para Suramérica en Brasil.



TABLA 7. Casos de rabia Humana reportados en los países andinos durante el período 2010-2016

Países	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016 ²	
	por perros	otras especies ¹	por perros	otras especies ¹	por perros	otras especies ¹	por perros	otras especies ¹	por perros	otras especies ¹	por perros	otras especies ¹	por perros	otras especies ¹
Bolivia	0	0	5	0	2	1	2	0	4	0	5	0	1	0
Chile	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Colombia	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Ecuador	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Perú	1	13	1	19	2	10	1	5	0	0	1	4	0	15
Venezuela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

¹Otras especies animales, principalmente murciélago hematófago *Desmodus rotundus* ²Hasta agosto 2016

FUENTE: SIRVERA – Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Rabia en las Américas PANAFTOSAOPS/OMS y Sistemas de Información Epidemiológica de los países Andinos.

En general, se ha encontrado que el aumento en la frecuencia de accidentes y de mordeduras por animales silvestres al hombre se ve influenciada por actividades como la creación artificial de nichos por obras de gran infraestructura y la destrucción de hábitat natural, entre otros.



Salud Integral de Adolescentes

Desde noviembre del 2007, el ORAS-CONHU viene trabajando este tema, elaborándose el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes, basado en el diagnóstico de situación realizado en el 2009, el cual se considera a su vez una causa y efecto de las desigualdades presentes en la Subregión. En ese marco, el objetivo central del Plan se enfoca en fortalecer la capacidad institucional y el intercambio de buenas prácticas en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Sus resultados sugieren avances generales y formales en varios países.

Transcurridos siete años del Diagnóstico y con miras a formular un nuevo Plan Andino 2018 – 2022 se procedió su actualización, a fin de identificar los cambios y permanencias con relación a la situación del embarazo en la adolescencia en la Subregión, tendencias actuales, avances en los países respecto a las recomendaciones planteadas, así como nuevos temas y retos hacia el futuro en pos de una atención más pertinente y efectiva de esta problemática, que reproduce desigualdades estructurales y vulnera los derechos de las adolescentes.

La información actualizada por CELADE para la Subregión Andina, se enfoca en Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, y evidencia las características de una “sociedad juvenil”, con una población adolescente que alcanza en la actualidad a 27,2 millones, de los cuales 13,3 son mujeres (49%) y 13,9 son varones (51%). Los subgrupos entre 10 y 14 años, y 15 a 19 años representan cada uno la mitad de la población adolescente de la región. Colombia, Perú y Venezuela concentran la mayor población adolescente de la región (71%) mientras el 29% restante se divide entre Ecuador, Chile y Bolivia. En



valores absolutos la población adolescente en la Subregión se redujo de 28,8 millones en 2008 a 27,2 millones en el año 2016, lo que equivale a una disminución del 5.6%. Este descenso global se debe principalmente a los cambios observados en Colombia que, durante dicho período pasó de 8,8 a 8,5 millones de adolescentes entre 10 y 19 años. En el resto de los países se observan modestos aumentos o disminuciones de la población adolescente¹⁵.

El diagnóstico muestra a Venezuela con la mayor Tasa Específica de Fecundidad adolescente 94,5 seguida por Colombia con 75 y luego Ecuador con 72,4. En cuarto lugar se ubica Perú con 68, luego Bolivia con 66 y, finalmente Chile con 44.74 (Datos DEIS e INE, 2014). Esto evidencia las fuertes disparidades entre los países de la Subregión, aunque queda el reto de abordar las disparidades existentes al interior de cada uno de los países, que pueden ser tan o más significativas incluso.

El ritmo de descenso entre la tasa global de fecundidad y la tasa de fecundidad adolescente, resulta que el descenso de la tasa global de fecundidad en el período entre 1970-75 y 2010-15 es entre 1,4 veces y 2,2 veces el descenso de la tasa de fecundidad adolescente. Las diferencias más grandes se observan en Bolivia y Venezuela, mientras que en Chile el descenso entre ambas fue más equilibrado (Ibíd). La situación de Chile condice con el mayor acceso a los métodos anticonceptivos, y un aumento en el uso de la Anticoncepción de Emergencia entre jóvenes y adolescentes (Dides y Fernández, 2016).

¹⁵CEPAL/CEPALSTAT /Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas [en línea]. América Latina y el Caribe: Perfil Regional Socio-Demográfico. Disponible en: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Regional_Social.html?idioma=spanish



Así, en todos los países, salvo Chile, el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes respecto del total de nacimientos, se ha incrementado desde 1970.

Ser madre en la adolescencia cambia la vida de las adolescentes, normalmente recargándolas de tareas domésticas y de cuidado, generando presiones financieras y psicológicas para las cuales suelen no estar bien preparadas, y dificultando las trayectorias socialmente prescritas o esperadas, sobre todo las relativas a formación escolar, laboral y personal (Rodríguez, 2016a). La desigualdad social de la maternidad adolescente también se manifiesta claramente cuando se usa una variable de segmentación más amplia, como el nivel socioeconómico. Las implicaciones y consecuencias del embarazo en las adolescentes son múltiples y tienen que ver con la salud en general, la salud mental, los derechos humanos, el desarrollo social y cultural, la autonomía, la dignidad y en últimas la vida truncada de una persona.

De igual manera, esta situación no sólo involucra al adolescente sino a sus redes sociales y familiares que desde diferentes situaciones apoyan o rechazan, favoreciendo o agudizando la situación y entorno de la adolescente. Destacamos la mortalidad materna, el aborto y el suicidio por sus implicaciones en todas las esferas de la vida de la adolescente.

En la actualidad, la región de América Latina y el Caribe tiene una de las tasas de mortalidad de madres jóvenes más altas del mundo (UNFPA, 2013). Para el año 2013 las muertes relacionadas al embarazo, parto y puerperio fueron la cuarta causa principal en adolescentes de 15 a 19 años después de accidentes (transporte terrestre) agresiones, homicidios y lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) (Sistema de Información Regional de Mortalidad OPS, 2013, citado en Salinas y Castro (colab.), 2016).



El aborto es otra de las causas de muerte materna. Se estima que del total de abortos inseguros en la región, el 15% se produce entre las adolescentes (OPS, 2012). La tasa de abortos en Sudamérica es una de las más altas de todo el mundo: 36 por cada 1.000 mujeres. La mayoría se realizan en condiciones inseguras (OMS, 2010). En Brasil, Colombia y Perú, una de cada 10 de las mujeres hospitalizadas por complicaciones de abortos son menores de 20 años. (FLASOG, 2010, citado en UNFPA, 2014).

El suicidio es la tercera causa de muerte (7%) entre adolescentes y jóvenes de América Latina, después de muertes causadas por tránsito (20%) y homicidios (24%). 3 de cada 4 suicidios son hombres. Si bien los hombres cometen más suicidios, las mujeres registran más intentos.

En el tema del suicidio llama mucho la atención la información acerca de las altas tasas de suicidio en poblaciones indígenas de ALC. Si bien existe una diversidad de situaciones según los contextos socioterritoriales de cada pueblo, la mortalidad por suicidio sistemáticamente más alta en las personas indígenas respecto de las no indígenas sugiere, por una parte, que comparten una serie de determinantes sociales (como la etnia, pobreza y discriminación) que interactúan con un aumento de los factores estresantes por presiones externas e internas en las comunidades.

En relación al suicidio como consecuencia del embarazo en adolescentes no se cuenta con información amplia que permita realizar análisis en profundidad y hacer recomendaciones específicas. Los pocos estudios realizados arguyen que puede haber un subregistro de los mismos (Camacho, 2014). Tanto el aborto como el suicidio por lo general están vinculados con la violencia sexual y basada en género.



c) Perfil epidemiológico de Enfermedades No Transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas se caracterizan por su desarrollo progresivo. Se clasifican por su incidencia patológica en cuatro grupos principales: cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer y diabetes mellitus. El envejecimiento de la población, la urbanización rápida y no planificada y la mundialización de modos de vida poco saludables inciden en el incremento sostenido del número de personas con alguna de las patologías indicadas y se constituye en un problema de salud pública reconocido a nivel mundial.

Las ENT son responsables del 69 % de muertes en los países andinos, alcanzando hasta el 84% en Chile, donde cuentan con un sistema de vigilancia implementado y una esperanza de vida mayor al resto de estados. Así mismo, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad por ENT, seguido de las neoplasias malignas. La mortalidad prematura, entre los 30 a 70 años, a causa de una enfermedad no transmisible llega al 11% en Perú, hasta al 18% en Bolivia; Chile, Colombia y Ecuador registran un 12%.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son la tercera causa de años de vida saludables perdidos por mortalidad prematura y discapacidad en Chile, con 12,1% del total de la carga de enfermedad.

En Perú, la prevalencia de hipertensión arterial es de 12,3% para personas de 15 años y más, siendo mayor en Lima metropolitana con 14,2%.



La cardiopatía isquémica, accidente cerebro-vascular y cardiopatía hipertensiva son las principales causas de pérdida de Años de vida ajustados por discapacidad - AVAD en la población venezolana.

Enfermedades oncológicas

Los cánceres más prevalentes en los países andinos son el cáncer de mama, cérvix, ovario, tiroides, colon y recto, melanoma maligno de piel, próstata, linfoma no Hodgkin, estómago, testículo, cerebro y del sistema nervioso¹⁶.

Prevalencia de glucosa elevada en adultos (20-79 años)

En el mundo se calcula que 422 millones de adultos tenían diabetes en 2014, por comparación con 108 millones en 1980. Desde 1980 la prevalencia mundial de la diabetes (normalizada por edades) casi se ha duplicado de 4,7% al 8,5% en la población adulta, debido al incremento de los factores de riesgo tales como el sobrepeso y la obesidad.

La *diabetes mellitus* causa el 28,05 muertes por 100.000 habitantes, siendo la segunda causa de mortalidad general en Ecuador. Así mismo, en Perú la prevalencia de diabetes en la población general de 10 a 59 años es de 2,7 %.

¹⁶ En Chile las enfermedades oncológicas constituyen la segunda causa de muerte, siendo las más frecuentes el CA de estómago (18,7), broncopulmonar (17,2) y el de colon (10,3) en ambos sexos. En varones el más frecuente es el de estómago (25,2), el de próstata (23,5), el broncopulmonar (20,7) y el de colon (9,6). En mujeres el cáncer más frecuente es el de mama (16,6) seguido del broncopulmonar (13,8), de vesícula y vías biliares (12,5) y el de colon (11,0). Todos los valores expresados en tasas crudas por 100.000. (ROMERO M.I. 2017.)



Finalmente, la falta de información o información incompleta sobre las ENT en los países andinos se debe a la combinación de factores como: subregistros, sistemas de vigilancia epidemiológica para las ENT inexistentes en algunos países, acciones aisladas de promoción y prevención, abordaje no intersectorial de los determinantes sociales, entre otros, situación que influye en la toma de decisiones de las autoridades sanitarias y no sanitarias en todos los niveles.

3.2.2. Derecho a la salud

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, considera el derecho a la salud en los siguientes términos: “Artículo 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

“2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”¹⁷.

¹⁷ *Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobado y proclamado por el conjunto de mandatarios reunidos en la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948.*



“De acuerdo al artículo 25, son varios los elementos necesarios para lograr el bienestar de las personas”¹⁸ el derecho a la salud, como otros derechos humanos, existe la interdependencia entre los derechos, por tanto, en una sociedad en la que no se respeten los derechos fundamentales no puede haber bienestar físico, mental y social, o lo que es lo mismo, vida saludable para las personas que son las titulares del derecho.

El derecho a la salud es incuestionable, no es posible entender el despliegue de acciones por parte del Estado sin considerar la salud como esencial y fundamental para el desarrollo de las personas en cada uno de los países. Una vida saludable es esencial para disfrutar de otros derechos humanos. Es también una dimensión crucial para el bienestar de las generaciones presentes y futuras. Además, para que haya un desarrollo económico y social sostenido se requiere una población sana¹⁹. El reconocimiento de la salud como derecho fundamental en la carta magna de los países deberá ser por tanto mandatorio, y el Estado asumirá el rol de responsable para que dicho derecho se cristalice en las normas, políticas y estrategias estatales, basados en la concepción de este derecho.

El análisis de la Constitución Política de los países que conforman el ORAS – CONHU, permite evidenciar que el reconocimiento explícito de la salud como un derecho fundamental no es homogéneo, y es en función a ello que es posible plantear la existencia de dos posiciones: las Constituciones Políticas de Ecuador, Bolivia y Venezuela reconocen de manera explícita a la salud como derecho fundamental, en tanto que las Constituciones Políticas de Perú, Colombia y Chile no se explícita este derecho, si bien se refiere a ella en términos generales y poco precisos.

¹⁸ Lanza, O. *Reformas de salud: ¿hacia la cobertura universal en salud o hacia los sistemas de salud universales?* En: *Comprendiendo el derecho humano a la salud. Prosalud y Cruz Roja Española Ed. 2014.*



A continuación se cita de manera textual extractos de las Constituciones Políticas, que sirven como marco para la comprensión en la implementación de las estrategias y mecanismos adoptados por los países andinos en el ámbito de la salud.

El **Estado Plurinacional de Bolivia, la República de Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela**, tienen importantes similitudes y son concordantes con el inicio de un período de cambios económicos, sociales, culturales y políticos que se dieron con la asunción al poder de gobiernos encabezados por líderes que conciben a la función del Estado como el garante y salvaguarda de los derechos de la personas, y con mas precision a la salud como derecho inalienable. La traducción de esta concepción queda reflejada en la Carta Magna de estos países.

En ese sentido el derecho a la salud está expresado en términos de pertenencia para todas las personas, de cuestión fundamental, y vinculante para el ejercicio de otros derechos al afirmar que: “Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna”²⁰; “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos (...)”²¹; “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida (...)”²².

¹⁹ Alicia Bárcena. *Protección de la salud como un derecho ciudadano. MEDICC Review, 2015, Vol 17, Suplemento.*

²⁰ *Constitución Política de Bolivia. Artículo 18, numeral I y II, incluido dentro del Capítulo segundo: Derechos fundamentales.*

²¹ *Constitución Política de Ecuador. Artículo 32, incluido dentro de los Derechos del buen vivir.*

²² *Constitución Política de Venezuela. Artículo 83.*



Las **Repúblicas de Chile, Colombia y Perú**, expresan el derecho a la salud en términos de protección y servicio público garantizado por el Estado e incluye la participación del servicio privado. De manera textual indican “La Constitución asegura a todas las personas (...): El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”²³.

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”²⁴ , “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”²⁵. La Ley Estatutaria 1751 de Colombia, consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección. Está vigente desde el 16 de febrero de 2015.

²³ *Constitución Política de Chile. Artículo 19, numeral 9.*

²⁴ *Constitución Política de Colombia. Artículo 49.*

²⁵ *Constitución Política del Perú.*



Derecho a la salud y características del Sistema de Salud

PAÍS	EL DERECHO A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA	CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD
BOLIVIA	Reconoce a la salud como un derecho fundamental; "Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna". El sistema único de salud será universal, gratuito (...)"	Sistema Nacional de Salud, conformado por 4 subsistemas: Público, Seguridad social de corto plazo, Privado y Medicina Tradicional. El subsistema público cubre al 10.8% de la población, los seguros de salud de corto plazo al 38.2%. El 51% de la población no está cubierto por ninguno de los dos subsistemas. (año 2016)
CHILE	Reconoce el derecho a la protección de la salud como fundamental: "El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo". "Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado..."	Sistema conformado por dos subsistemas: Sistema Nacional de Servicios de Salud y el Sector privado. Más del 75% está cubierto por el Fondo Nacional de Salud, el 18.5% está a cargo del sector Privado, el 6.3% a cargo de las Fuerzas Armadas y particulares.



COLOMBIA	Sostiene que "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud"	Sistema de salud conformado por dos sectores: público y privado. El sector público es el Sistema General de Seguridad Social en Salud que es un seguro social público privado. El sector privado conformado por las IPS.
ECUADOR	Reconoce a la salud como un derecho del buen vivir: "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos (...)"	Sistema de salud conformado por: Sector público: Ministerio de Salud Pública; Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas; Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional. La Red Complementaria de Salud, que vincula al sector privado. Adicionalmente se encuentran las Municipalidades.
PERÚ	Sostiene que: "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa"	El sistema está conformado por un Sector público y Privado. EsSalud, que es el seguro social cubre el 24,5%. El SIS, que es el seguro público cubre el 43,4%. El sector Privado cubre el 5%. Un 27.1% sin seguros.
VENEZUELA	Reconoce a la salud como derecho social fundamental: "La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida..."	El sistema de salud está conformado por el Sector público y privado. El 100% con derecho a la atención primaria (Barrio Adentro), Seguridad social: 17.5%. Privado: 11.7%.

FUENTE: Elaboración propia a partir de la Constitución Política de cada país y datos estadísticos de las presentaciones de cada país en el VII Foro CASE 2017, ORAS CONHU.



3.2.3. Sistemas de Salud

La configuración de los sistemas de salud y los mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de salud son disímiles, en general todos los países que conforman el ORAS – CONHU, cuentan con sistemas mixtos, en los que se puede ver claramente dos integrantes importantes, el sector público y el privado.

No obstante que la transversal interculturalidad ha sido incorporada en todos los ministerios de salud, la medicina tradicional es poco considerada y menos incorporada al sistema de salud. En todos los países existen instancias que se encargan del tema junto con aspectos de interculturalidad en salud. El ministerio de salud de Bolivia cuenta con Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

Cada país organiza y desarrolla su sistema de salud en base a los preceptos constitucionales y las leyes específicas de salud. Al mismo tiempo, como parte de la dinámica social y las prioridades en salud, se hace necesario implementar adecuaciones al sistema de salud, junto con la actualización o elaboración de programas de salud, desarrollar reformas, reestructuraciones.

a) Sistema de Salud de Bolivia

Está constituido por el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud, consta de cuatro subsistemas: Público, Seguridad Social de corto plazo, Privado y Subsistema de la Medicina Tradicional²⁶.

El Ministerio de Salud cuenta con un Programa de APS (Salud familiar comunitaria integral) que opera a nivel nacional y realiza prestaciones de atención en salud comunitaria intercultural, bajo un plan de acción

²⁶ORAS – CONHU. *Situación de los sistemas de salud y las enfermedades no transmisibles en los países andinos, 2016.*



conjunto entre Ministerio de Salud, servicios departamentales de salud y municipios, implementando un sistema de vigilancia epidemiológica que garantiza la salud en las comunidades.

El subsistema público de salud mediante la Ley 475 de prestaciones de servicios de salud integral ha consolidado los denominados seguros públicos (seguro universal materno infantil y el seguro de salud para el adulto mayor) incluyendo además a toda la población con discapacidad. La ley determina también un incremento del financiamiento de los gobiernos municipales²⁷.

GRÁFICO 4. Sistema de Salud de Bolivia



FUENTE: ORAS – CONHU. *Situación de los sistemas de salud y las enfermedades no transmisibles en los países andinos. Elaborado en base a normas vigentes (D.S. 29601, CPE, Ley 051, Ley 475)*

²⁷ *Ibíd.*, 2016.



b) Sistema de Salud de Ecuador

El Sistema Nacional de Salud de Ecuador cuenta con una Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria de Salud.

Se reconoce al Estado como responsable de universalizar la atención de salud y ampliar la cobertura: “El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de biótica, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”²⁸. “El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud (...)”²⁹. “La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”³⁰. “El Estado será responsable de: Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura”³¹.

El Sistema Nacional de Salud de Ecuador, está conformado por dos grandes sectores: El sector público, que vincula la Red Pública Integral de Salud, misma que incluye al Ministerio de Salud Pública (MSP), al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), y al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA). El MSP es la Autoridad Sanitaria como regulador y proveedor de servicios de salud.³²

²⁸ *Constitución Política de Ecuador. Artículo 358.*

²⁹ *Constitución Política de Ecuador. Artículo 359.*

³⁰ *Constitución Política de Ecuador. Artículo 360.*

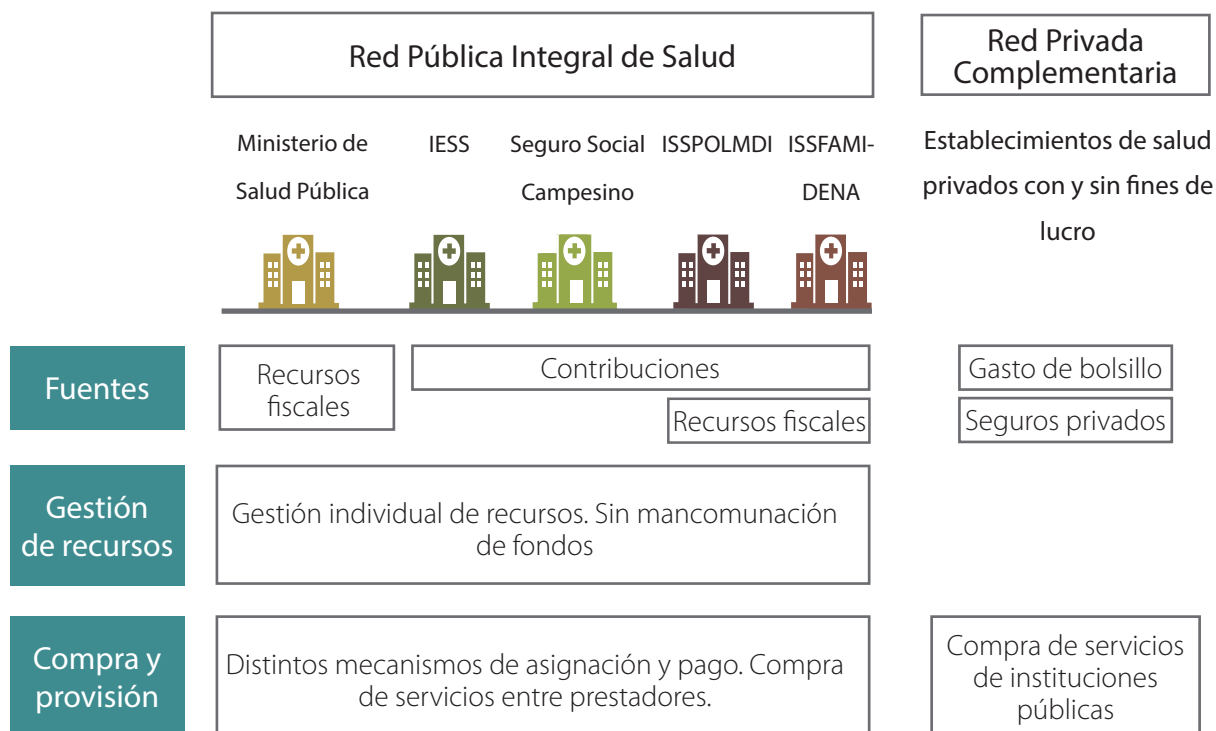
³¹ *Constitución Política de Ecuador. Artículo 363.*

³² *Villacrés T, Mena AC. Mecanismos de pago y gestión de recursos financieros para la consolidación del Sistema de Salud de Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e51.*



La Red Complementaria de Salud vincula al sector privado (clínicas privadas, entidades con y sin fines de lucro y ONGs). La red implica una lógica de interconexión que con sus potencialidades y debilidades se articulan en torno a objetivos y acuerdos comunes (Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS).

GRÁFICO 5. Sistema de Salud de Ecuador



FUENTE: Tomado de presentación: *Financiamiento de los sistemas de salud y eficiencia para la salud universal en la región*. Ministerio de Salud de Ecuador. Foro CASE, 2017



c) Sistema de Salud de Venezuela

La República Bolivariana de Venezuela, coincide mucho con los países anteriormente analizados, siendo explícito su reconocimiento de la existencia de un sistema público para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos, teniendo como principal responsable al Estado: “Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad”³³.

El Sistema de Salud de la República Bolivariana de Venezuela, está conformado por dos sectores, público y privado. El sector público está representado por: el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS); el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Protección Social del Ministerio de Educación (IPASME); Sanidad Militar y la Empresa Petrolera, gobernaciones, alcaldías y otros entes. El sector privado está conformado por las clínicas, hospitales y consultorios privados³⁴.

Cabe agregar que en el Sistema Público Nacional de Salud, no existe la figura de pagos o copagos, existe regulación expresa para garantizar la gratuidad y no realizar cobros por cualquier servicio de salud³⁵.

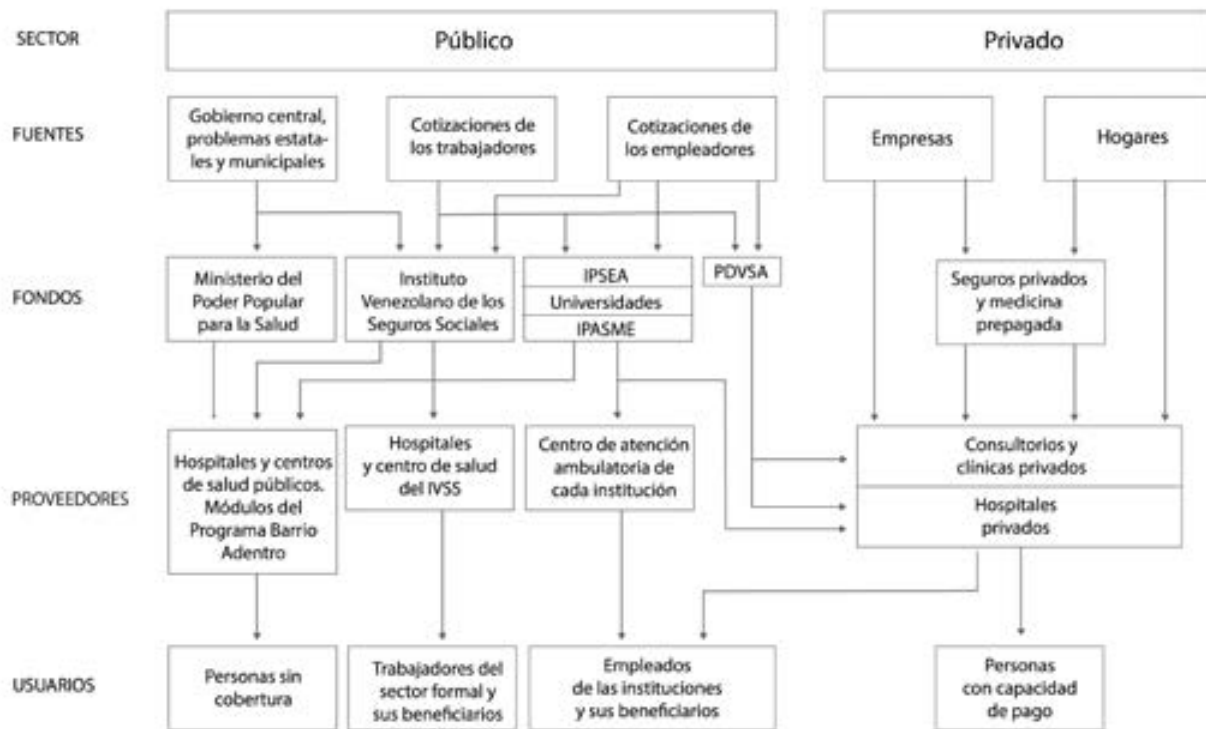
³³ *Constitución Política de Venezuela. Artículo 84.*

³⁴ *Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Presentación: “Financiamiento de los sistemas de salud y eficiencia para la salud universal en la región”, VII Foro CASE, 2017.*

³⁵ *ORAS – CONHU. Situación de los sistemas de salud y las enfermedades no transmisibles en los países andinos, 2016.*



GRÁFICO 6. Sistema de Salud de Venezuela.



FUENTE: Bonvecchio, A. y otros. 2011.

d) Sistema de Salud de Chile

Chile reconoce al Estado como responsable de las acciones de salud, no obstante existe libertad para que éstas puedan darse tanto en instituciones públicas o privadas, no se explicita la existencia de un sistema único ni universal, no se garantiza expresamente la gratuidad del acceso a los servicios de



salud. La Constitución Política establece que: “Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias”³⁶ ; “Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”³⁷.

El Sistema de Salud de Chile está formado por dos sectores: público y privado. El sector público incluye al Sistema Nacional de Servicios de Salud, que tiene al Ministerio de Salud como ente rector y una red de servicios de prestación de salud y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en su aspecto financiero. El sector privado está conformado por las Instituciones de salud previsual (ISAPRES) y mutuales en su aspecto financiero previsual, y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios ³⁸.

El sistema público Fondo Nacional de Salud (FONASA) se financia en mayor medida con aportes estatales proveniente de impuestos. En el sistema privado casi el 100% del financiamiento requerido para otorgar cobertura y beneficios proviene de la cotización y copagos de sus afiliados³⁹.

³⁶ *Constitución Política de Chile. Artículo 19, numeral 9.*

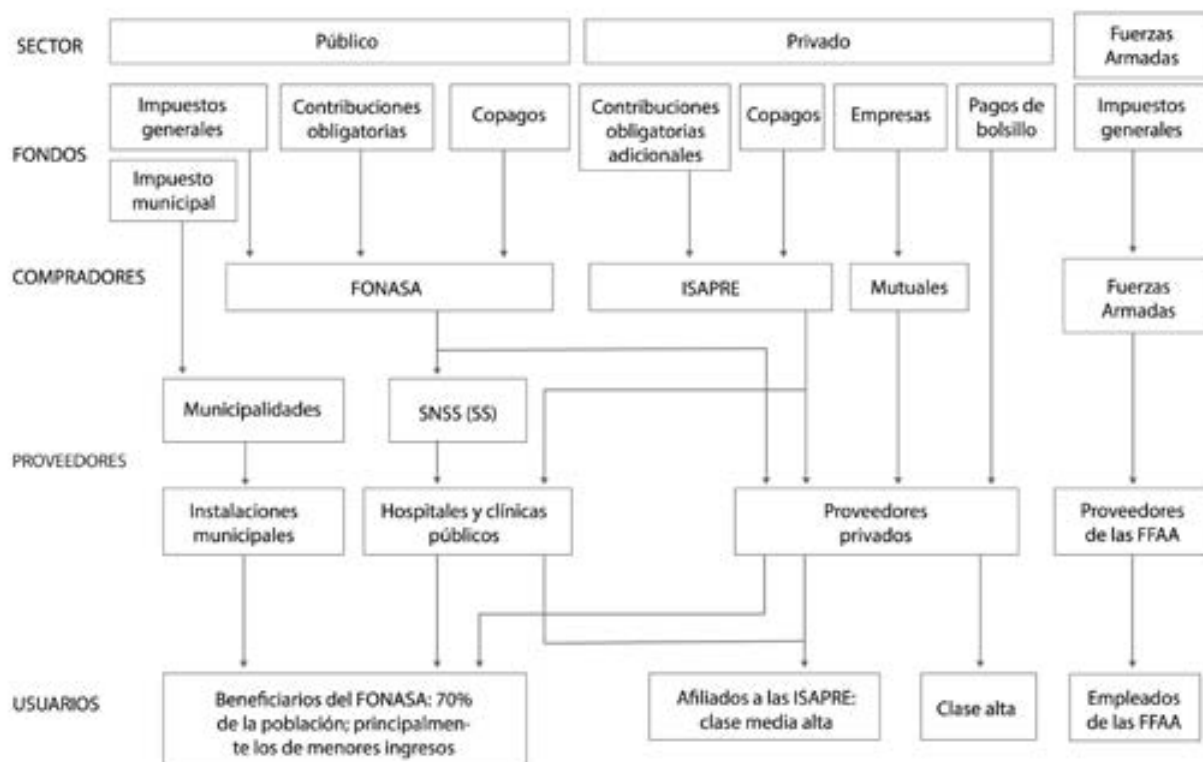
³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Rodríguez, L y Rodríguez, D. Comparación de los sistemas de salud de Canadá, Costa Rica, Chile y Colombia: origen, evolución y futuro. 2012.*

³⁹ *ORAS – CONHU. Situación de los sistemas de salud y las enfermedades no transmisibles en los países andinos, 2016.*



GRÁFICO 7. Sistema de Salud de Chile



FUENTE: Becerril-Montekio, V. y otros. 2011



e) Sistema de Salud de Colombia

Colombia reconoce como responsable al Estado en la organización y dirección de las prestaciones de salud: “Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control”⁴⁰.

La Ley Estatutaria⁴¹ consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección. Esta ley es:

- Garantista, porque promueve la progresividad de los derechos
- Prevalente, porque es una Ley superior difícil de derogar
- Primera Ley Estatutaria, para un derecho social fundamental
- Marco general de protección al derecho fundamental a la salud
- Establece mínimos básicos
- Independiente al sistema de salud que exista

El Sistema de Salud de Colombia es un sistema estratificado organizado como un servicio público donde la garantía del acceso de los servicios y protección financiera de la población es a través del aseguramiento social, con participación público-privada en el aseguramiento y la prestación de servicios.

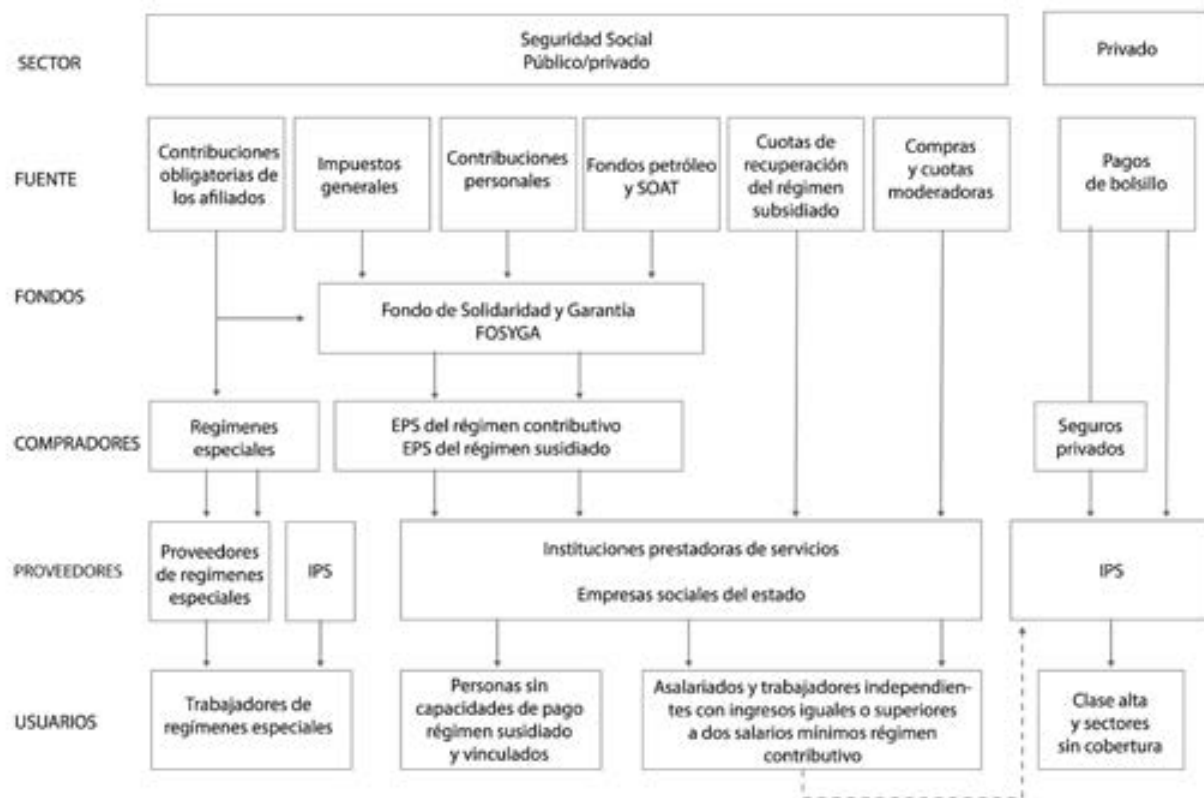
⁴⁰ *Constitución Política de Colombia. Artículo 49.*

⁴¹ *Ley Estatutaria 1751 de 16 de febrero de 2015. Colombia*



Su eje central es el Sistema de la Seguridad Social en Salud (SGSS) que se financia con las contribuciones de los trabajadores, del gobierno y de los empleadores, todas ellas confluyen en la entidad administradora de recursos del Sistema Nacional de Gestión en Salud.

GRÁFICO 8. Sistema de Salud de Colombia





f) Sistema de Salud del Perú

El Estado peruano es el responsable de garantizar el libre acceso a los servicios de salud en entidades públicas o privadas, no hay un reconocimiento explícito de un sistema universal de acceso gratuito: “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento”⁴².

El Sistema de Salud está conformado por dos subsistemas: el público y el privado. El primero expresa la lógica del derecho ciudadano a la salud y el segundo la lógica de mercado.

El Ministerio de Salud ejerce la rectoría sectorial, es la Autoridad Sanitaria Nacional. Basada en la segmentación del sistema que se hace explícito en los regímenes de financiamiento (Régimen Contributivo Indirecto y Directo) se evidencia la fragmentación institucional en donde diversas instituciones van a brindar los servicios de aseguramiento a través de las Instituciones Administradoras de Fondos para el Aseguramiento (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).

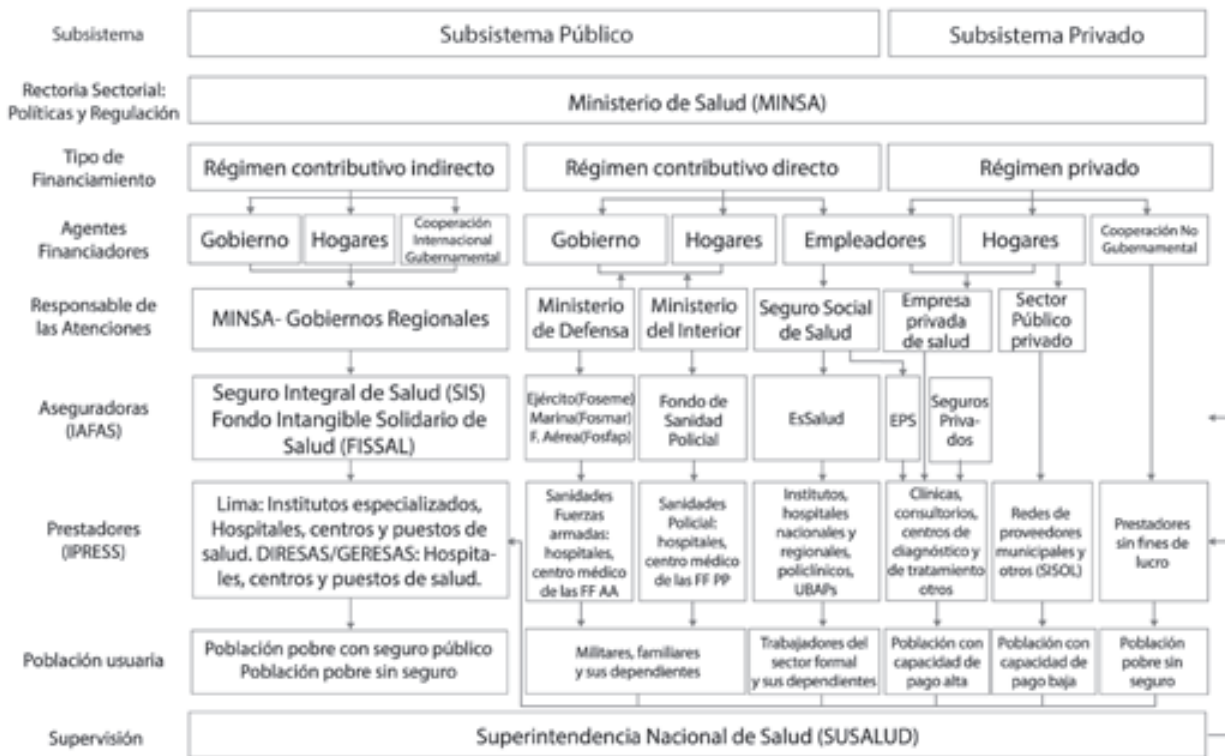
El subsistema privado está conformado por las Clínicas, consultorios, Red de proveedores municipales, prestadores sin fines de lucro⁴³.

⁴² *Constitución Política de Perú. Artículo 11.*

⁴³ *Lazo-Gonzales, O y otros. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. 2016.*



GRÁFICO 9. Sistema de Salud de Perú



FUENTE: Ministerio de Salud. Modificada de Lazo-Gonzales, O y otros. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. 2016.



3.3. Contexto institucional del ORAS - CONHU

Para la caracterización del contexto interno se ha recurrido a tres fuentes o apreciaciones:

- La revisión de mandatos y evaluación del trabajo desempeñado por cada una de las Comisiones, Redes y grupos de trabajo del ORAS - CONHU, realizado por el Comité Técnico Coordinador, respecto de las actividades cumplidas ordenadas en la resoluciones de la XXXV REMSAA.
- La evaluación y monitoreo del recorrido de las comisiones, redes, grupos y subgrupos, además del análisis FODA realizado por el equipo técnico del ORAS - CONHU
- El análisis de todas las actividades realizadas por los funcionarios de la institución, autoridades, personal técnico, personal administrativo y de apoyo, reunidos en un Taller Interno.

3.3.1. Análisis institucional

El ORAS - CONHU es una institución consolidada por su vigencia ininterrumpida y sus logros significativos a lo largo de sus 46 años de vida, acumulando experiencia técnica que le da credibilidad en la región.



El mérito de sus acciones se debe a que responde directamente a las decisiones de los Ministros de Salud, por su dinámica y mecanismos operativos que involucran a los niveles técnicos de los Ministerios y por el seguimiento cercano de los representantes de los Ministros de Salud.

Los trabajos de investigación, reglamentos y políticas son el resultado del consenso y trabajo coordinado de las instancias operativas, es decir, de los Comités Andinos.

El financiamiento para el funcionamiento del ORAS-CONHU proviene del aporte de los Estados, que a pesar de las dificultades circunstanciales de alguno de ellos, le permite a la institución desarrollar las decisiones ministeriales adoptadas en las REMSAA, con libertad e independencia.

Sin embargo, se debe indicar que se producen retrasos en el cumplimiento de los compromisos sea por las rotaciones y cambio del personal de los ministerios, y ocasionalmente a dificultades financieras de los Estados.

La coordinación con mecanismos de integración regional (UNASUR, MERCOSUR, OTCA, COMISCA), los organismos internacionales en salud del sistema de las Naciones Unidas y otros, forman parte de su línea de acción.

Al interior del Sistema Andino de Integración, el ORAS - CONHU presta apoyo técnico y coordina con las instancias que lo conforman.



3.3.2. Análisis interno

La percepción y análisis del personal de la institución evidenciaron los siguientes aspectos:

- La institucionalidad del ORAS - CONHU y su estructura sustantiva se asienta sobre el compromiso del equipo técnico y administrativo.
- En cuanto al desarrollo técnico, se considera que en general se cumplen los procesos de manera satisfactoria, lo cual se evidencia en el cumplimiento de las actividades del Plan Estratégico.
- Se recomienda fortalecer la visibilización institucional, así como la comunicación interna y externa.
- La participación activa del personal técnico y administrativo permite fortalecer la comprensión de la importancia del proceso de elaboración del PEIS 2018 – 2022.



CAPÍTULO 4:

ESTRATEGIA INSTITUCIONAL



La característica principal de la elaboración del Plan Estratégico es la participación. Este proceso se constituye también en un proceso de cohesión institucional, de aprendizaje, en suma, de fortalecimiento institucional en todos sus niveles de responsabilidad.

Para la elaboración de éste documento se contó con la participación de: Autoridades de los Ministerios de los 6 países, Integrantes del Comité Técnico Coordinador (CTC) y Comités Andinos y autoridades y personal en general del ORAS - CONHU

Además, se contó con la opinión y sugerencias de: Ex Secretarios Ejecutivos del ORAS – CONHU, Expertos internacionales en temas de salud e Integración Regional, Puntos focales de Instituciones y Organizaciones Internacionales de Salud y Expertos de los Mecanismos de Integración Regional.

Enfoques y herramientas metodológicas: Para la elaboración del Plan Estratégico se toma como enfoque central el derecho a la salud de la población y su garantía por parte del estado. En el componente estratégico se utiliza el esquema de gestión por resultados y la identificación y análisis de las dimensiones del accionar del ORAS - CONHU.

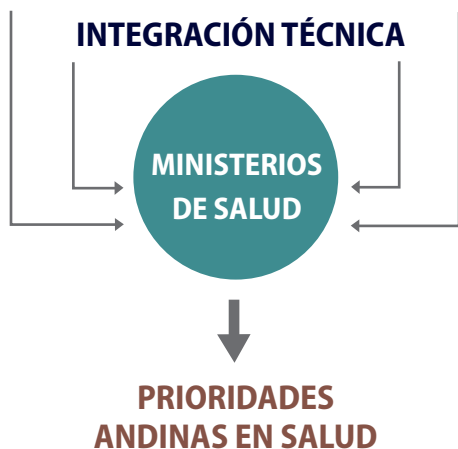
Los países andinos acordaron una frase emblemática para este nuevo Plan que represente la integración regional: “Cada vez más juntos por el derecho a la salud”.



4.1. Las dimensiones de acción del ORAS - CONHU

El ORAS - CONHU desarrolla sus actividades en cuatro dimensiones, relacionadas entre si.

INTEGRACIÓN POLÍTICA EN SALUD



ORGANISMOS Y MECANISMOS DE INTEGRACIÓN

ORGANISMOS INTERNACIONALES

AUTORIDADES MINISTERIALES

COMITÉS ANDINOS

REDES DE SALUD REGIONALES Y LOCALES

AUTORIDADES REGIONALES Y LOCALES

ORGANIZACIONES SOCIALES

La dimensión política es la que busca la **integración regional**, entendida como el esfuerzo o movimiento convergente realizado por los Estados, tendente a la obtención de objetivos comunes mediante la armonización o unificación de sus políticas y atención a sus problemas comunes. En este nivel se coordinan acciones con los organismos y mecanismos de integración, tales como la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), el Sistema Andino de Integración (SAI), la Alternativa Bolivariana para las Américas – Tratado de Comercio de los Pueblos (ALBA TCP), el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) y la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC).



La dimensión Técnica – Política constituye la **agenda sanitaria** que se trabaja en base a acuerdos y compromisos internacionales relacionadas con la salud, que significan compromisos para los Estados, por ejemplo: Derechos Humanos, Objetivos de Desarrollo Sostenible, Cambio Climático, Estrategia Global de Fin de la Tuberculosis, Determinantes de la Salud, etc.

La articulación y coordinación de agendas se realiza con organismos internacionales del Sistema de Naciones Unidas, Fondo Mundial y otros de Cooperación Internacional.

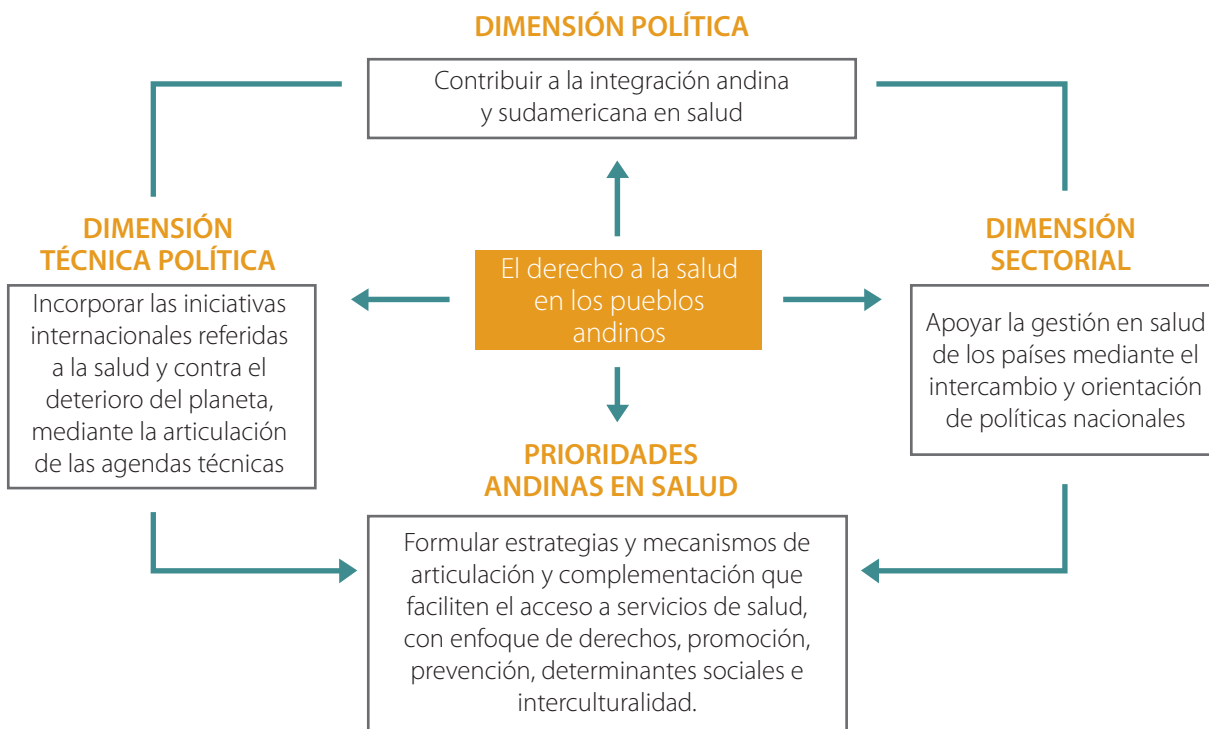
La dimensión sectorial establece el **fortalecimiento institucional** de los Ministerios de Salud de la subregión andina en temas de gestión de medicamentos, tecnología sanitaria, recursos humanos, sistemas de información, economía, y otros. Las iniciativas para esta agenda son plasmadas en los planes operativos o son requerido directamente por los países. El relacionamiento es con las autoridades de los ministerios y los comités andinos.

La dimensión de **prioridades andinas en salud** es el abordaje técnico de los problemas de salud comunes en los países andinos. En esta dimensión se centra el trabajo de la mayoría de los Comités Andinos a través de sus planes operativos anuales, generando discusiones técnicas, intercambio de experiencias, simulacros, ejecución de acciones conjuntas, investigaciones, elaboración de herramientas y formulación de políticas andinas.

De las cuatro dimensiones mencionadas derivan cuatro lineamientos estratégicos: Integración regional, Agenda sanitaria, Fortalecimiento institucional y Prioridades andinas en salud, los cuales tienen objetivos



generales dirigidos a apoyar el logro del derecho a la salud de la población mediante la integración. Estos objetivos se desarrollan en la matriz estratégica del PEIS 2018 – 2022.



El proceso metodológico desemboca en la formulación de la Visión y la Misión institucional, que orientan los resultados esperados.



4.2. Visión

Al 2022, la región andina ha avanzado significativamente en el ejercicio efectivo del derecho a la salud de su población, a través de una progresiva integración y una red intensificada de cooperación.

4.3. Misión

Armonizar, articular e implementar las decisiones en materia de salud, manteniendo la identidad andina, a través de políticas públicas, planes, proyectos, investigaciones conjuntas, intercambios de experiencias e iniciativas de cooperación técnica, para combatir las desigualdades e inequidades en salud.

4.4. Principios

SOLIDARIDAD ■ COMPROMISO ■ EQUIDAD ■ COMPLEMENTARIEDAD ■ RESPETO A LA DIVERSIDAD

“CADA VEZ MÁS JUNTOS POR EL DERECHO A LA SALUD”



4.5. Objetivos Estratégicos y Resultados

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: INTEGRACIÓN REGIONAL

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Contribuir a la integración andina y sudamericana en salud promoviendo el derecho a la salud.

RESULTADO 1

Secretaría Ejecutiva del ORAS – CONHU coordina política e institucionalmente entre los Ministerios de salud de sus países miembros

RESULTADO 2

Secretaría Ejecutiva del ORAS – CONHU coordina política e institucionalmente con el SAI y los mecanismos de integración regional

RESULTADO 3

Plan de salud de fronteras desarrolla procesos dirigidos a la salud integral en poblaciones fronterizas

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: AGENDA SANITARIA

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: Incorporar las iniciativas internacionales referidas a la salud y contra el deterioro del planeta, mediante la articulación de las agendas técnicas de organismos internacionales y el desarrollo del Plan operativo del ORAS - CONHU.

RESULTADO 4

Monitoreo del cumplimiento de Tratados y Convenios internacionales.

RESULTADO 5

Políticas y estrategias intersectoriales de protección de la salud de la población ante el Cambio Climático.

RESULTADO 6

Estrategias y Planes del ORAS – CONHU articulados con organismos y cooperación internacionales.



LÍNEA ESTRATÉGICA 3: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Apoyar al fortalecimiento institucional de salud de los países mediante el intercambio y orientación de políticas nacionales.

RESULTADO 7 Políticas y Planes nacionales se orientan por las políticas y planes andinos

RESULTADO 8 Sistema andino de información creado, genera evidencia para facilitar la toma de decisiones.

RESULTADO 9 Fortalecimiento institucional de los ministerios.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PRIORIDADES ANDINAS EN SALUD

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4: Formular estrategias y mecanismos de articulación y complementación que faciliten el acceso a servicios de salud, con enfoque de derechos, promoción, prevención, determinantes sociales e interculturalidad.

RESULTADO 10 Planes operativos anuales responden a los temas priorizados por los países

RESULTADO 11 Trabajos de investigación en salud en los países andinos

RESULTADO 12 Eventos de formación y capacitación

RESULTADO 13 Acciones de asistencia técnica ejecutadas a solicitud de los países



4.6. Matriz General del Plan Estratégico de Integración en Salud 2018-2022

Línea Estratégica	Temas y/o Comités	Objetivo de la línea estratégica (Resultados intermedios)	Resultados esperados (Resultados inmediatos)	Indicador	Línea base año 2018	Meta al año 2022	Fuente de verificación
INTEGRACIÓN REGIONAL	-REMSAA -CTC -Comité del PASAFRO	"Contribuir a la integración andina y sudamericana en salud promoviendo el derecho a la salud".	R1 ORAS CONHU coordina política e institucionalmente con y entre los Ministerios de salud de sus países miembros.	Número de resoluciones emanadas de las REMSAA (se exceptúan las de tipo administrativo)	0	40	Registro de Resoluciones emanadas por la REMSAA
			R2 ORAS CONHU coordina política e institucional con el SAI y los mecanismos de integración regional.	Número de convenios nuevos, actualizados y/o actividades con instituciones del Sistema Andino de Integración y con mecanismos de integración	0	7	Archivo de Convenios del ORAS CONHU
			R3 Plan de Salud de Fronteras desarrolla procesos dirigidos a la salud integral en poblaciones fronterizas	Número de mecanismos para fortalecer los procesos de planificación y ejecución de acciones en las fronteras	0	15	Informes del Comité del PASAFRO a Secretaría Ejecutiva del ORAS CONHU



Línea Estratégica	Temas y/o Comités	Objetivo de la línea estratégica (Resultados intermedios)	Resultados esperados (Resultados inmediatos)	Indicador	Línea base año 2018	Meta al año 2022	Fuente de verificación
AGENDA SANITARIA	Monitoreo de cumplimiento de Objetivos de Desarrollo Sostenible, Cobertura Universal de Salud, Acceso Universal a la Salud, Comisión de alto nivel para el Cambio Climático.	“Incorporar las iniciativas internacionales referidas a la salud y contra el deterioro del planeta, mediante la articulación de las agendas técnicas de organismos internacionales, y el desarrollo del plan operativo del ORAS”.	R4 Monitoreo del cumplimiento de Tratados y Convenios Internacionales	Números de planes o convenios elaborados en base a compromisos internacionales	0	4	Informes de la Secretaría Ejecutiva del ORAS CONHU a la REMSAA
			R5 Políticas y estrategias intersectoriales de protección de la salud de la población ante el Cambio Climático.	Número de declaraciones, convenios, programas y proyectos en ejecución sobre el cambio climático.	0	8	Memoria de actividades de la Comisión de alto nivel para el cambio climático
			R6 Estrategias y Planes del ORAS CONHU articulados con organismos y cooperación internacionales	Número de convenios técnicos suscritos con organismos internacionales y cooperación internacional en salud	0	7	Registro de convenios de coordinación con organismos internacionales. Informes a la REMSAA



Línea Estratégica	Temas y/o Comités	Objetivo de la línea estratégica (Resultados intermedios)	Resultados esperados (Resultados inmediatos)	Indicador	Línea base año 2018	Meta al año 2022	Fuente de verificación
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Comité andino de recursos humanos - Comité andino de salud y economía - Comité andino de medicamentos - Comité andino de evaluación de tecnología sanitaria. - Sistemas de información 	"Apoyar el fortalecimiento de salud de los países mediante el intercambio y orientación de políticas nacionales".	R7. Políticas y planes nacionales se orientan por las políticas y planes andinos.	Número de normas nacionales que toman en cuenta las políticas y planes andinos	0	6	Normas jurídicas de país, que hagan referencia a las políticas y planes andinos elaborados por el ORAS-CONHU
			R8 Sistema andino de información creado genera evidencia para facilitar la toma de decisiones	Plan andino de información creado y funcionando	0	1	Informes de la Secretaría Ejecutiva al CTC
			R9 Fortalecimiento institucional de los ministerios	Número de eventos realizados con los 6 países, con contenidos que fortalecen en la gestión ministerial	0	40	Informes de los Comités Andinos consolidados y registrados en Secretaría Ejecutiva.



Línea Estratégica	Temas y/o Comités	Objetivo de la línea estratégica (Resultados intermedios)	Resultados esperados (Resultados inmediatos)	Indicador	Línea base año 2018	Meta al año 2022	Fuente de verificación
PRIORIDADES ANDINAS EN SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Comité andino de gestión del riesgo para emergencias y desastres - Comité andino de vigilancia de la salud pública. Dengue. Malaria. - Comité andino de prevención y control de la rabia - Comité andino de salud intercultural · Subcomité de salud materna con enfoque intercultural, · Subcomité de salud de afrodescendientes - Comité andino de salud integral de adolescentes (prevención del embaazo en adolescentes) - Comité andino de discapacidad - Comité andino de prevención y erradicación de la desnutrición infantil - Tuberculosis. - Migrantes 	"Formular estrategias y mecanismos de articulación y complementación que faciliten el acceso a servicios de salud, con enfoque de derechos, promoción, prevención, determinantes sociales e interculturalidad".	R10 Planes operativos anuales responden a los temas priorizados por los países	Número de planes operativos de los Comités andinos incorporan los mandatos de los ministros - REMSAA	0	50	Acta de aprobación de los Planes operativos, donde conste el cumplimiento de mandatos
			R11 Investigación	Número de trabajos de investigación elaborados y publicados por el ORAS CONHU	0	10	Publicaciones de investigaciones, impresas o publicadas en formato digital
			R12 Formación y capacitación	Número de eventos de formación, capacitación o asistencia técnica dirigidos a los miembros de los Comités andinos y a los Ministerios	0	10	Informe específico de presidentes de Comités andinos, registrados en el ORAS CONHU
			R13 Asistencia técnica ejecutada a solicitud de los países	Número de acciones de apoyo técnico desarrollados a solicitud de los países o establecidos en los POAs de los Comités andinos	0	18	Informe específico de presidentes de Comités andinos, registrados en el ORAS CONHU



Proyecto “Fortalecimiento de las Redes de Laboratorio de Tuberculosis en la Región de las Américas”

Esta subvención del Fondo Mundial (FM) de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis (TB) y la Malaria, es la única de alcance regional en Las Américas. Tiene al ORAS-CONHU como Receptor Principal (RP), y como subreceptores (SR), al Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo cual permite una estrecha articulación política y técnica. Comprende 20 países, de los cuales 9 no son elegibles para proyectos nacionales del FM, pero han quedado incluidos en este marco a partir de compromisos establecidos con los ministerios o secretarías de salud.

Iniciada en enero de 2017, con duración de tres años hasta diciembre de 2019, la subvención se enfoca en el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica de las redes de laboratorio de TB, a través de la contratación de recursos humanos y la compra de equipamientos e insumos para tres laboratorios supranacionales (LSN) ubicados en Argentina, Chile y México, y de la mejora de las capacidades técnico gerenciales de todos los laboratorios de referencia nacional (LRN) y sus redes. Estas acciones van dirigidas a disminuir la brecha entre el número de casos estimados y notificados anualmente, que es más de 50 mil personas en la Región hasta el 2016, lo que entraña una cadena de lamentables consecuencias para la salud colectiva y un alto costo social.

Durante el primer año, esta iniciativa ha avanzado comprando la totalidad de los productos solicitados de acuerdo a las especificaciones técnicas definidas por los LSN para garantizar el servicio que brindan a los diecisiete países restantes; se han realizado capacitaciones, reuniones, asesorías técnicas, envíos de muestras y paneles de cepas para control de calidad del diagnóstico; y estudios cuyos resultados se



Ámbito del Proyecto

Argentina	Argentina, Guyana, Paraguay, Perú, Venezuela
Chile	Chile, Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, República Dominicana, Uruguay
México	México, Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá

ponen a disposición de los decisores para enfocar el manejo de la TB en un contexto complejo. ¿Qué implicaciones económicas y sociales tiene un caso no diagnosticado oportuna y certeramente? ¿Cuánto cuesta el funcionamiento de un LSN y qué ventajas significa para los países de su red? ¿Cuánto se ahorra el país por cada dólar invertido en la calidad del diagnóstico laboratorial? ¿Cuál es el estado de los sistemas de información de las redes de laboratorio en la región? ¿Cómo están conformadas en su estructura y funcionamiento? Son algunas de las interrogantes que procuramos esclarecer.

Los esfuerzos que realizamos con la implementación de la subvención regional, son apenas un impulso a las múltiples acciones desarrolladas por cada país para la disminución de la incidencia de la enfermedad, y el alcance de los demás compromisos hacia el Fin de la TB y de los ODS. Sólo con el respaldo político al más alto nivel, una adecuada articulación con los Programas Nacionales para el Control de la TB, y con sólidos abordajes intersectoriales, podremos garantizar la sostenibilidad de los resultados obtenidos. El ORAS-CONHU, como organismo de integración y junto a otras instancias integradoras, se pone al servicio de los ministerios y secretarías de salud para apoyarles en el logro de esta meta común, por la salud de nuestros pueblos.

Los veinte Ministerios y Secretarías de Salud, a través de sus Programas Nacionales y sus Redes de Laboratorios de TB, concatenados en esta iniciativa que conduce el ORAS-CONHU con el acompañamiento



de la OPS y COMISCA, pueden contar con este trabajo. Se ha fortalecido con equipamiento e insumos a los tres laboratorios supranacionales de TB, ubicados en Argentina, Chile y México para el servicio que brindan a los diecisiete países restantes; se ha garantizado capacitaciones, asesorías técnicas, envíos de muestras y paneles de cepas para control de calidad del diagnóstico; investigamos y ponemos a disposición de los decisores los resultados de los estudios para enfocar el manejo de la TB en un contexto complejo; y aportado al tejido de una verdadera red que atrape y contenga el progreso de una epidemia inmerecida.

El Fin a la TB se enmarca en los objetivos de desarrollo sostenible, es un compromiso ético de los gobiernos y de la humanidad consigo misma, que hoy requiere un enfrentamiento raigal y entre todos. El reto crece con la aparición de formas cada vez más resistentes a los arsenales terapéuticos disponibles y con la dinámica de nuestras sociedades.



Reunión de Ministros y Secretarios de Salud "Contribución de la Integración Regional en las Américas: Hacia la meta Fin a la TB". Lima, 15 de febrero de 2018.



GALERÍA DE FOTOS



Comité Técnico de Coordinación



Comité Andino de Medicamentos



Comité Andino de Recursos Humanos





Comité Andino de Salud Intercultural



Comité Andino de Sangre Segura

Comité Andino de Salud y Economía





Comité Andino de Salud Integral
de los Adolescentes



Subcomité Andino de Afrodescendientes





Realización de diversos talleres con el CTC y el personal del ORAS - CONHU para aportar al PEIS 2018 - 2022







ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. TASA DE CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO POR QUINQUENIOS EN PAÍSES ANDINOS. PROYECCIÓN AL 2020	33
GRÁFICO 2. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, ESTIMADA POR QUINQUENIOS EN PAÍSES ANDINOS 2005-2020	34
GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE DENGUE EN LOS PAÍSES ANDINOS 2010-2017 (SE 43)	39
GRÁFICO 4. SISTEMA DE SALUD DE BOLIVIA	62
GRÁFICO 5. SISTEMA DE SALUD DE ECUADOR	64
GRÁFICO 6. SISTEMA DE SALUD DE VENEZUELA	66
GRÁFICO 7. SISTEMA DE SALUD DE CHILE	68
GRÁFICO 8. SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA	70
GRÁFICO 9. SISTEMA DE SALUD DE PERÚ	72



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DENSIDAD POBLACIONAL EN LOS PAÍSES ANDINOS CON POBLACIÓN PROYECTADA AL AÑO 2017	31
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ANDINA POR GRUPOS DE EDAD E INDICADORES VITALES	32
TABLA 3. ESPERANZA DE VIDA AL NACER ESTIMADA POR QUINQUENIOS PAÍSES EN ANDINOS. 2005-2020	35
TABLA 4. INDICE DE ENVEJECIMIENTO POR PAÍSES ANDINOS 2010-2020	36
TABLA 5. CASOS ACUMULADOS 2015-2017 DE ZIKA EN LOS PAÍSES ANDINOS	41
TABLA 6. CASOS DE MALARIA E ÍNDICE PARASITARIO ANUAL 2013-2015 EN LOS PAÍSES ANDINOS	42
TABLA 7. CASOS DE RABIA HUMANA REPORTADOS EN LOS PAÍSES ANDINOS DURANTE EL PERIODO 2010-2016	48

SE TERMINÓ DE IMPRIMIR EN LOS TALLERES GRÁFICOS DE

Tarea Asociación Gráfica Educativa


PASAJE MARÍA AUXILIADORA 156 - BREÑA

CORREO E.: tareagrafica@tareagrafica.com

PÁGINA WEB: www.tareagrafica.com

TELÉF. 332-3229 / 424-8104 / 424-3411

AGOSTO 2018 LIMA - PERÚ



Organismo Andino de Salud
Convenio Hipólito Unanue

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú
Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700
<http://www.orasconhu.org> contacto@conhu.org.pe

