



LIDERAZGOS
ISSSTE



OPS

“Atención primaria de salud”

Diplomado salud, seguridad social y derechos sociales
para un estado de bienestar

Ciudad de México, 09 de julio de 2025

Dr. José Moya Medina
Representante OPS/OMS en México
pwr.mex@paho.org

Acerca de la OPS



Creación de la OPS, 1902

En 1870, una epidemia de fiebre amarilla azotó a Brasil, Paraguay, Uruguay y a la Argentina, y en ocho años, logró propagarse a los Estados Unidos, donde provocó más de 20 mil muertes.

El transporte marítimo, que aumentó con el crecimiento del intercambio comercial, era el canal que trasladaba las enfermedades a finales del siglo XIX.

El paso de las epidemias de un país a otro y la necesidad de combatirlas para proteger la salud de la población y la economía de los Estados fue la razón que dio origen el 2 de diciembre de 1902 a la Organización Panamericana de la Salud (OPS).



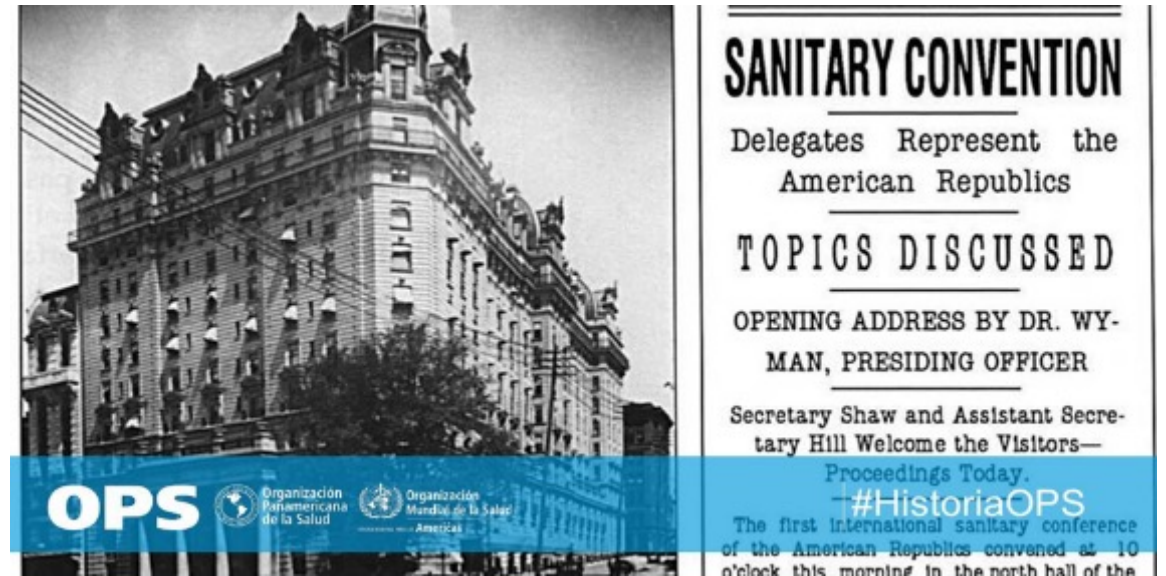
El Dr. Carlos J. Finlay, cubano, fue uno de los padres fundadores de la OPS. Su teoría sobre la transmisión de la fiebre amarilla fue clave en la derrota de la enfermedad a principio del siglo XX. (Photo ©National Library of Medicine)

Funciones de la Oficina Sanitaria Internacional en diciembre de 1902:

- Solicitar de cada país que se sirva remitir pronta y regularmente a la Oficina todos los **datos relativos** al estado sanitario de sus puertos y territorio nacional.
- Obtener toda la ayuda posible para hacer **estudios científicos completos de los brotes** de enfermedades contagiosas que pudieran ocurrir en los países.
- Proporcionar su mayor **ayuda y su experiencia** a fin de obtener la mejor protección posible para la salud pública de los países a fin de conseguir la eliminación de la enfermedad y facilitar el comercio entre las naciones.
- Estimular, ayudar o imponer todos los medios jurídicos a su disposición para el **saneamiento de los puertos marítimos**, incluyendo la introducción de mejoras sanitarias en la rada, el sistema de avenamiento, el drenaje del suelo, la pavimentación y la eliminación de la infección de los edificios, así como la destrucción de mosquitos y otros insectos nocivos.

Participación comunitaria en la fundación de la OPS

En la creación de la OPS (1902), 50 años antes de la OMS, su constitución reflejaba sus propósitos fundamentales como promover y coordinar los esfuerzos de los países para combatir enfermedades, alargar la vida, y promover la salud física y mental de las personas, y se reconoció que para lograr estos propósitos sería fundamental la **participación activa e informada de la población.**



HITOS

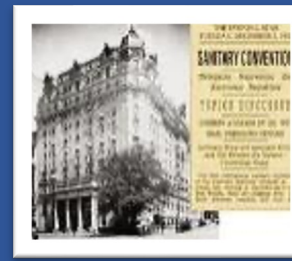
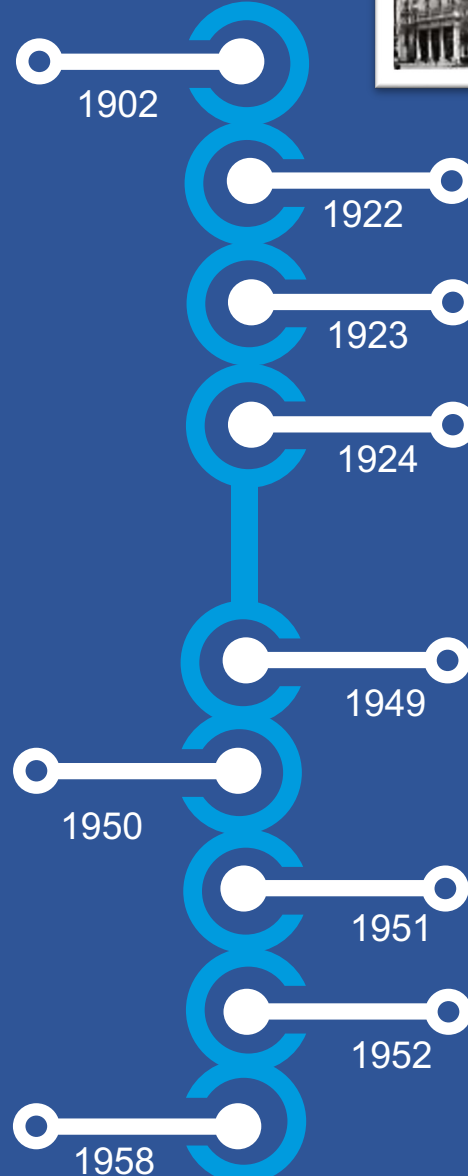


Formada por 11 países en la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, se crea: **La Oficina Sanitaria Internacional**. Es el organismo de salud pública internacional más antiguo del mundo



Se convierte en el organismo de salud especializado del sistema interamericano. Organización de los Estados Americanos

Cambia el nombre a: **Organización Panamericana de la Salud**.



Primer número del Boletín Panamericano de Sanidad
Fundación de la Escuela de Salud Pública de México



Cambia de denominación a **Oficina Sanitaria Panamericana**

Se firma el Código Sanitario Panamericano. La Habana, Cuba. 7ma Conferencia Sanitaria Panamericana

Es designada como la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), parte del sistema de las Naciones Unidas



Primer Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

Se establece en México la oficina de Representación de OPS/OMS con responsabilidad jurisdiccional sobre Cuba, Haití y República Dominicana



HITOS



La oficina de Representación en México pasa a tener competencias únicamente para el país

Se eliminó la poliomielitis de la región de las Américas

Se eliminaron la rubéola y el síndrome de rubéola congénita de la Región de las Américas



Se declara a México libre de Oncocercosis



Se reconoce a México como país libre de tracoma



Se declara a México libre de rabia humana transmitida por perro



1984



1994



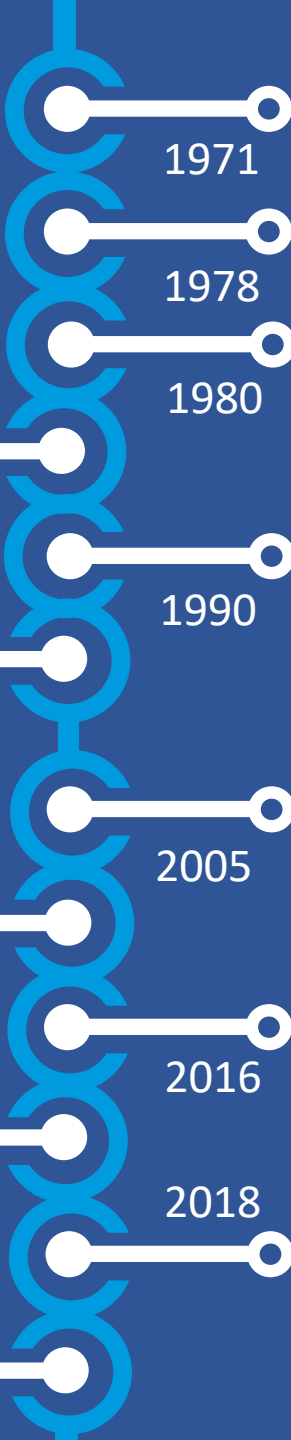
2015



2017



2019



1971

Eliminación de la viruela de la región de las Américas

1978

Declaración de Alma-Ata APS “Salud para todos”

1980

Erradicación de la viruela a nivel mundial

1990

Último caso de poliomielitis en México (Tomatlán, Jalisco)



2005

Nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

2016

Se elimina el sarampión endémico de la Región de las Américas

2018

Se eliminó la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en 17 países

Sobre la atención Primaria de Salud



A nivel mundial, hay un aumento en el gasto público regional promedio en salud, de 3.8 a 4.2% del PIB en los últimos cinco años.

En las Américas, el número de personas y el porcentaje de la población con gastos catastróficos en salud disminuyeron entre 2010 y 2015.



Las desigualdades de género contribuyen a que las mujeres tengan gastos de salud más altos que los hombres.

19 de 31 países están implementando procesos sustantivos de reforma del sector de la salud en las Américas.



infogram

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas». OMS y UNICEF.

[Atención primaria de salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

Conferencia Internacional sobre APS. Alma Ata

6 al 12 de septiembre 1978



Antes de la Conferencia..

- Fin de la guerra fría
- 50s: Programas verticales de eliminación (malaria) US agencias y OMS
- Carl Taylor, JHU. edita el libro donde propone el modelo de la **Medicina rural de la India**
- 1967 OMS libro: **Salud para las personas**. Experiencia en el mundo de los auxiliares médicos.
- 1970. Federación de iglesias luteranas: misiones medicas en el mundo. Formación de auxiliares equipados con equipos y medicamentos esenciales. Se usa el término Primary Health Care.
- Los **médicos descalzos de China** se hacen muy visibles en el mundo (1964-1976)
- 1971: OMS: “**Servicios básicos de salud**” de 85 en 1965 a 156 en 1971
- 1971 John Bryant. Libro: **Salud y el mundo en desarrollo**. Critica el modelo basado en el hospital. Mas prevención sabiendo que mitad de la población no tiene acceso a SS.
- Halfan Mahler, director de OMS. 1973-1988
- 1973, OMS: reporte: **Métodos para promover el desarrollo de Servicios básicos de salud**. Alianza OMS y UNICEF. Experiencias exitosas en: Cuba, China, Bangladés, Níger, Nigeria, Tanzania, Venezuela, y Yugoslavia
- 1974: Reporte de Lalonde: 4 determinantes de la salud: biología, SS, medio ambiente y estilos de vida
- 1975. 28AMS: Construir programas nacionales de PHC. Urgente prioridad
- 1976. 29AMS: Salud para todos en el año 2000.
- 1978: La conferencia...

El mundo en 1978

- Alma Ata: APS
- Población rural (4,292 millones, 60% rural)
- Solo la mitad de la población tenía acceso a servicios básicos de salud
- Perfil epidemiológico: alta MM, MI, enf. Infecciosas y prevenibles. 2.5 millones de niños morían de sarampión en 1978.
- Perfil demográfico: pirámide de base ancha
- Desigualdades en las condiciones de vida
- Poca participación comunitaria. Sujetos pasivos
- Alimentación con productos locales
- Poblaciones mas activas
- Menos viajes nacionales e internacionales



La Organización de las Naciones Unidas (ONU) designó a 1978 como:

- Año internacional contra el apartheid.
- Decenio del transporte y las comunicaciones en África.
- Decenio de las Naciones Unidas para la mujer: igualdad, desarrollo y paz
- Segundo decenio de las Naciones Unidas para el desarrollo.
- Decenio para el desarme

Conferencia Internacional sobre APS. Alma Ata 1978

- **Salud como derecho humano fundamental:** La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Este derecho debe ser accesible para todas las personas del mundo.
- **Desigualdades inaceptables:** Desigualdades en el estado de salud entre países desarrollados y en desarrollo, así como dentro de los propios países. Estas desigualdades son vistas como políticamente, socialmente y económicamente inaceptables.
- **Participación comunitaria:** Participación activa de las personas en la planificación y ejecución de su atención sanitaria.
- **Responsabilidad gubernamental:** Los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar la salud de sus poblaciones mediante la provisión de medidas sanitarias y sociales adecuadas.
- **Atención Primaria de Salud (APS):** La APS fue identificada como la clave para alcanzar el objetivo de “Salud para todos en el año 2000”..



Declaración final de la Conferencia sobre APS. Alma Ata 1978

1. **Derecho a la salud:** La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental.
2. **Desigualdad inaceptable:** Las desigualdades en salud entre los países y dentro de ellos son inaceptables.
3. **Desarrollo esencial:** El desarrollo económico y social es esencial para alcanzar la salud para todos, y la salud es crucial para el desarrollo sostenible y la paz.
4. **Participación comunitaria:** Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
5. **Objetivo de salud para todos:** Un objetivo principal es promover un nivel de salud que permita a todos llevar una vida productiva social y económicamente en el año 2000.
6. **Atención Primaria de Salud (APS):** La APS es la clave para alcanzar este objetivo, basada en métodos y tecnologías accesibles y aceptables.
7. **Condiciones locales:** La APS debe reflejar las condiciones del país y dirigirse a los principales problemas sanitarios de la comunidad.
8. **Políticas y planes de acción:** Los gobiernos deben formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado.
9. **Cooperación internacional:** La salud de un país afecta y beneficia a otros, por lo que todos los países deben cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.
10. **Uso de recursos:** Un nivel aceptable de salud para todos puede lograrse mediante una mejor utilización de los recursos mundiales, muchos de los cuales se gastan en conflictos militares

Atención primaria de salud

Informe de la

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud

Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978



Patrocinada conjuntamente por la Organización
Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones
Unidas para la Infancia



15. La Conferencia estimó que la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde

residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

16. La Conferencia reiteró que los gobiernos tienen la obligación de cuidar de la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas y equitativamente distribuidas. La atención primaria de salud, como parte del sistema nacional de asistencia sanitaria completa, representa un gran paso hacia el logro de esos objetivos sanitarios y sociales fundamentales. Cada país deberá interpretar y adaptar determinados aspectos concretos de la atención primaria de salud en función de su propio contexto social, político y de desarrollo. Todas las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y organización de su asistencia sanitaria.

17. Basándose en la experiencia de diversos países, la Conferencia declaró que el criterio de la atención primaria de salud es esencial para alcanzar en todo el mundo y en un futuro previsible un nivel aceptable de salud que forme parte de un desarrollo social inspirado en la justicia social. Así se hará realidad el objetivo de lograr la salud para todos en el año 2000.

El criterio de la APS

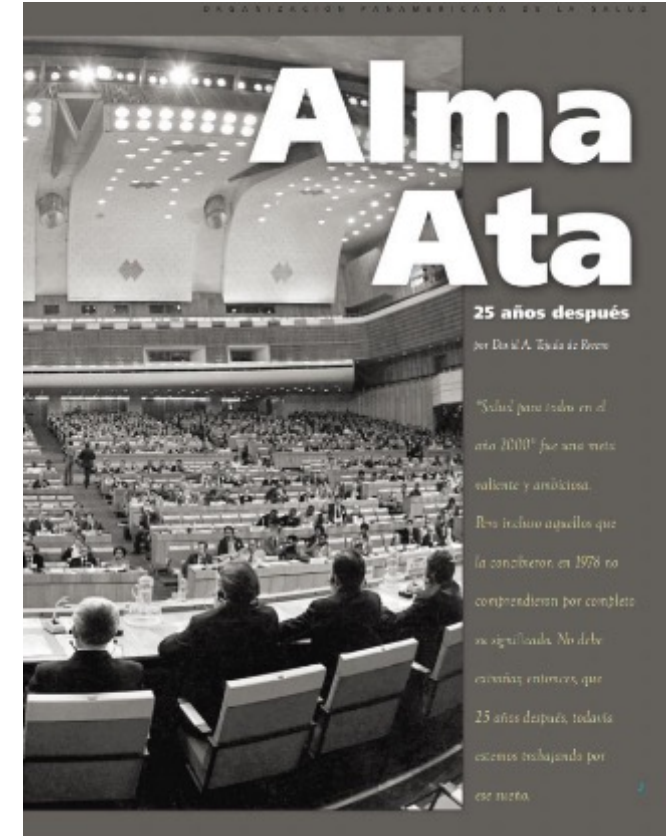
- Asistencia sanitaria esencial
- Integra el SNS, es el núcleo principal
- Primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con SNS
- Cerca al lugar de residencia y del trabajo
- Gobiernos tiene la obligación de cuidar con medidas sanitarias y sociales adecuadas
- Cada país adapta APS en función de contexto social, político y de desarrollo
- Todas las personas derecho y deber de participar
- APS esencial para alcanzar un nivel de salud con justicia social, así:
- **Salud para todos en el año 2000.**

Componentes de la atención primaria de salud

La atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, y por consiguiente:

incluye:

- **La educación** acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos.
- La promoción del suministro de **alimentos y la nutrición apropiada**.
- Fuentes de **agua potable y de salubridad básica**.
- El cuidado **maternal e infantil**, incluyendo la **planificación familiar**.
- La **vacunación**.
- La prevención y control de **enfermedades endémicas** locales.
- El tratamiento apropiado de **enfermedades comunes y lesiones**.
- Proporcionar los **medicamentos esenciales**.



La APS selectiva: Conferencia de Bellagio. 1979

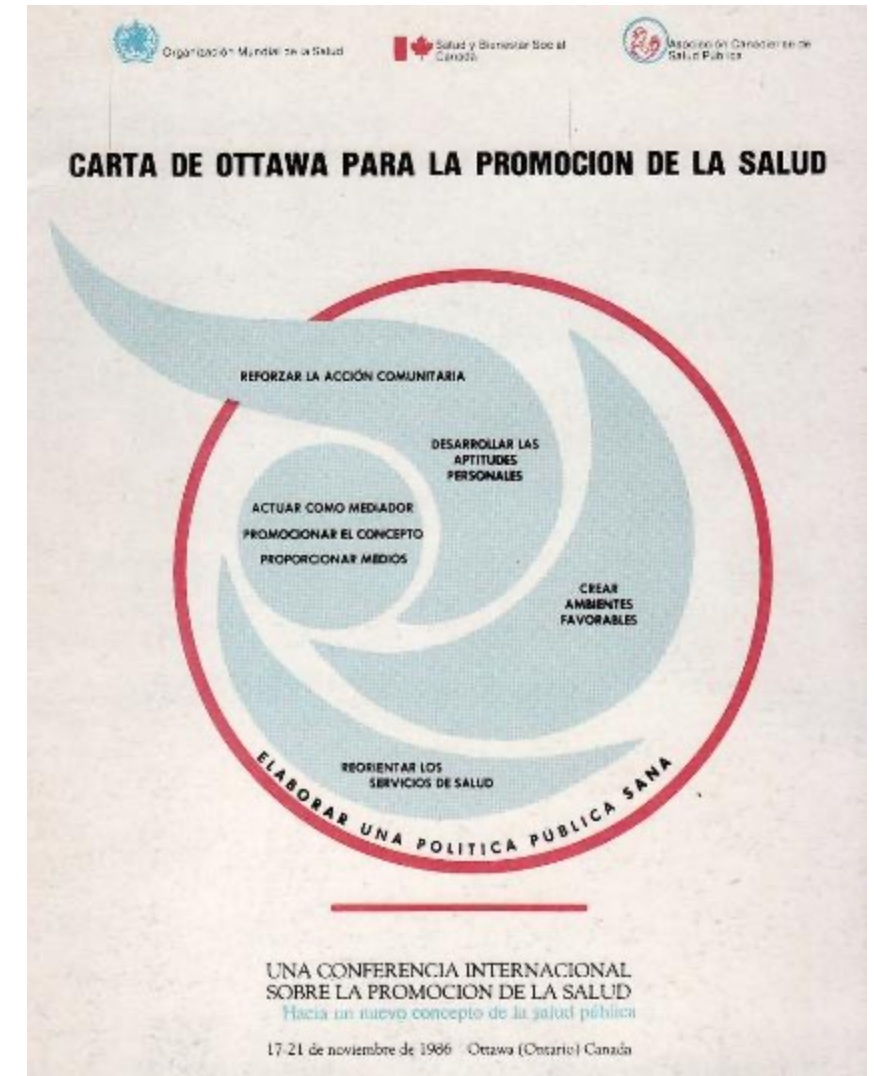
- Italia 1979
- Alma Ata: idealista, no real
- Conferencia “Salud y población en desarrollo”
- Se distorsiona el concepto original
- Patrocinado por Fundación Rockefeller
- Participan fundación Ford, USAID, UNICEF
- Proponen: paquetes de intervenciones técnicas de bajo costo: monitorio del crecimiento infantil, rehidratación oral, lactancia materna e inmunizaciones. Estrategia GOBI, promovida por UNICEF.
- 1980: modelo neoliberal, consenso de Washington (USA, BM, FMI)

Carta de Ottawa - 1986

Más de 200 participantes de 38 países se reunieron en noviembre de 1986 en Ottawa para intercambiar experiencias y compartir conocimientos de promoción de la salud.

La carta que redactaron reflejaba su compromiso individual y colectivo con el objetivo común de la salud para todos para el año 2000.

La Carta de Ottawa subraya que la promoción de la salud es esencial para mejorar la calidad de vida y abordar los desafíos de salud a nivel mundial. Reconoce la salud como un derecho humano fundamental e insta a gobiernos, organizaciones internacionales, comunidades y personas a trabajar juntos para reducir las desigualdades en salud



Carta de Ottawa - 1986

Principios Fundamentales

- **Participación:** Involucrar a las personas y comunidades en la toma de decisiones y acciones de salud.
- **Equidad:** Reducir las desigualdades en salud y garantizar un acceso equitativo a los recursos y servicios de salud.
- **Sostenibilidad:** Asegurar que las acciones de promoción de la salud sean sostenibles a largo plazo.
- **Intersectorialidad:** Fomentar la colaboración entre diferentes sectores como salud, educación, medio ambiente y economía.
- **Empoderamiento:** Fortalecer las capacidades individuales y comunitarias para tomar decisiones saludables y ejercer un mayor control sobre su propia salud



Alma Ata, 25 años después

- **Reconocimiento Global:** La APS se ha consolidado como un componente esencial de los sistemas de salud en todo el mundo. La conferencia ayudó a establecer la APS como la base para lograr la equidad en salud.
- **Desigualdades Persistentes:** La meta de “Salud para todos” no se ha alcanzado completamente, pero sigue siendo un objetivo crucial.
- **Innovaciones en APS:** Se han desarrollado nuevas estrategias y modelos de atención primaria que han mejorado la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud. Esto incluye el uso de tecnologías de la información y la comunicación para mejorar la atención sanitaria.
- **Participación Comunitaria:** La participación de la comunidad en la planificación y ejecución de los servicios de salud ha aumentado, lo que ha llevado a una mayor aceptación y efectividad de las intervenciones de salud.
- **Políticas y Financiamiento:** Muchos países han implementado políticas y han asignado recursos financieros para fortalecer la APS, reconociendo su importancia para la salud pública

Alma Ata, 25 años después. David Tejada de Rivero

Revista Perspectivas de Salud
La revista de la Organización Panamericana de la Salud
Volumen 8, Número 1, 2003



Alma-Ata: 25 años después

por David A. Tejada de Rivero

"Salud para todos en el año 2000" fue una meta valiente y ambiciosa. Pero incluso aquellos que la concibieron en 1978 no comprendieron por completo su significado. No debe extrañar, entonces, que 25 años después, todavía estemos trabajando por ese sueño.

Este año se cumple el 25º aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, un evento de trascendencia histórica. Convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales, y muchas

organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente China fue el gran ausente.



Foto OPS/OMS



Alma-Ata. La conferencia

- 1977: reunión de ministros de Salud de ALC
- 3,000 participantes de 134 países. 67 organizaciones internacionales
- Ausente China
- La APS mal interpretada de su concepción inicial
 - Atención por cuidado (horizontal, simétrica, participativa, intersectorial)
 - Primaria: en su acepción como: primitiva
 - Salud: Atención selectiva y no como un derecho humano

Cuidado integral de salud

- Multisectorial
- Multidisciplinario
- Promocional
- Preventivo
- Participativo
- Descentralizado

Atención Primaria de Salud

- Ciertas enfermedades
- Verticalidad
- Bajo costo
- Para más pobres
- Paralelo al SNS
- Sin participación

De Alma Ata a Astaná 2018

- **Decisiones políticas audaces:** Promover la salud en todos los sectores mediante decisiones políticas que prioricen la salud y el bienestar de las personas.
- **APS sostenible:** Establecer sistemas de APS que sean sostenibles, accesibles y de alta calidad, asegurando que todos tengan acceso a servicios de salud esenciales.
- **Empoderamiento de las personas y comunidades:** Fomentar la participación activa de las personas y comunidades en la gestión de su salud, promoviendo entornos que apoyen el bienestar.
- **Alineación del apoyo de las partes interesadas:** Coordinar el apoyo de todas las partes interesadas, incluyendo gobiernos, organizaciones internacionales y la sociedad civil, con las políticas y planes nacionales de salud.



RPSP Número especial. APS en las Américas

40 años después de Alma Ata



Este número especial de la *Revista Panamericana de Salud Pública (RPSP)*, que se publica en conmemoración del [40 aniversario de la Declaración de Alma-Ata](#), presenta los caminos innovadores que los países han seguido para mejorar la atención primaria de la salud. Algunos ejemplos:

- Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción.
- Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura
- Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos
- La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata
- Atenção primária à saúde e territórios latino-americanos marcados pela violência

APS y participación comunitaria

- La APS es una estrategia para extender la cobertura de los servicios de salud.
- Tiene como uno de los requisitos fundamentales la **participación comunitaria**.
- Hay experiencias diversas en ALC
- Definir normas, procedimientos, métodos
- La participación social, comunitaria ha tenido cambios importantes en América Latina:
 - Enfoque de los derechos humanos
 - De objetos de intervención a sujetos de interacción



Participación comunitaria: mecanismos de integración

1. Los **promotores, agentes de salud, parteras, médicos tradicionales de salud**, que son parte de la comunidad.
2. **Los comités de salud**, o los organismos similares, dedicados a actividades específicas en el campo de la salud.
3. Otras organizaciones comunitarias, del tipo de **juntas comunales, comités de vecinos**, iglesias, clubes deportivos, cooperativas, etc., cuando se organizan para actividades de salud.
4. **La comunidad colectivamente**, por medio de acciones de salud, respaldadas por un número considerable de habitantes.

Funciones Esenciales de Salud Pública

Las FESP son las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población.

Esta renovada propuesta tiene una perspectiva institucional en términos de las capacidades del Estado y la sociedad para ejercer funciones esenciales para proteger la salud de la población.

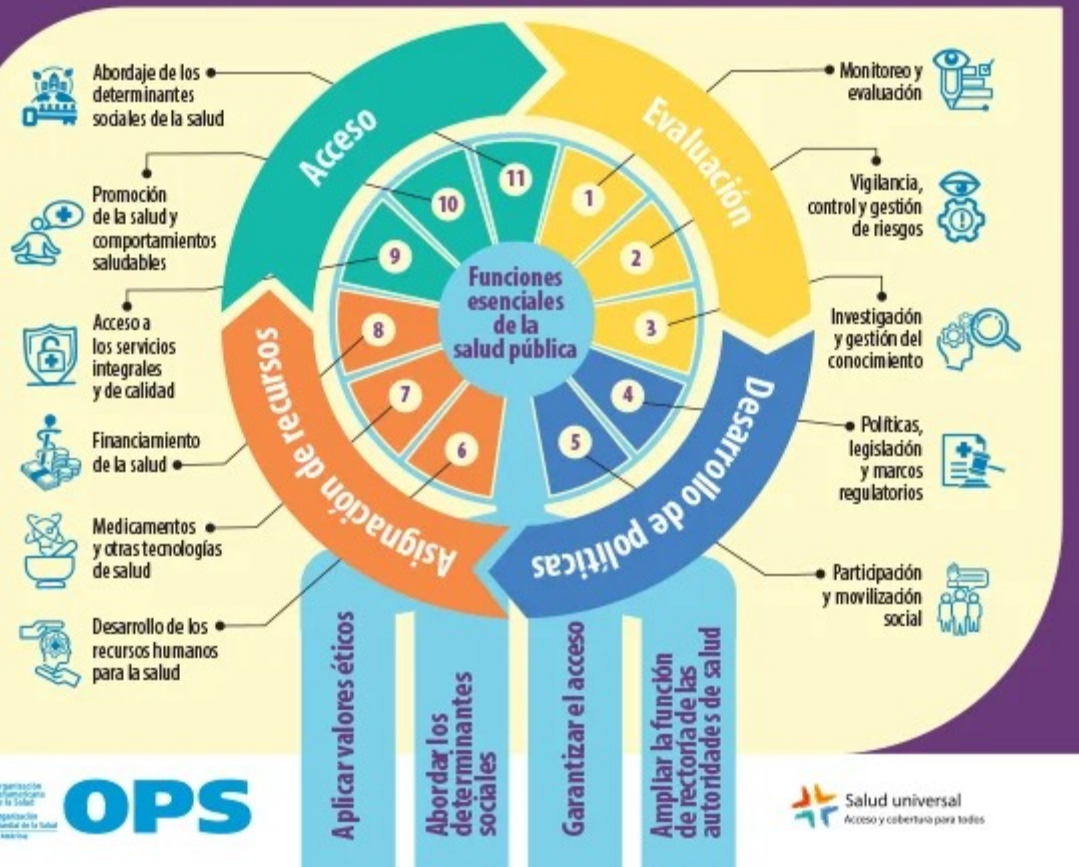
Otro de los rasgos que sobresalen de la definición es reconocer a las autoridades de salud como principal sujeto responsable del ejercicio de las FESP en todos los niveles institucionales.

<https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>



Funciones esenciales de salud pública, renovadas. 2020

Las funciones esenciales de la salud pública renovadas Un marco para las políticas de salud pública integradas



1. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud;
2. la vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias;
3. promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud;
4. formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población;
5. participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia;
6. desarrollo de recursos humanos para la salud;
7. asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces;
8. financiamiento de la salud eficiente y equitativo;
9. acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad;
10. acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; y
11. gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

El mundo en 2025. Nuevos desafíos de la APS, considerando los nuevos vectores de la salud pública mundial

- Crecimiento poblacional, urbanización: calidad del aire y agua. (8,212 millones y 43% rural).
- **Seguridad, crimen organizado. Extorsiones**
- Pandemia de COVID-19: Lecciones aprendidas
- **Pandemia de las ENT y la SM**
- **Envejecimiento de la población**
- **Cambio climático una realidad**
- Ampliación de las desigualdades
- **Ciencia, tecnología, innovación.** IA, robótica. Telemedicina
- **Impacto de las redes sociales:** positivos y negativos.
- En 2023 murieron 107 mil niños por sarampión en el mundo.
- Sujetos activos. Marco de los derechos humanos.
- Incremento del comercio mundial, los cambios en los sistemas alimentarios, los viajes internacionales, y las migraciones: Mayor riesgo de emergencias.
- **Resistencia a los antimicrobianos**
- Déficit de 600mil profesionales de la salud en LAS



Reflexiones / Lecciones aprendidas de la pandemia COVID-19

La gobernanza nacional (global) en emergencias sanitarias

- Planes nacionales: Central y en los gobiernos locales.
- Capacidad de organización y respuesta intersectorial
- (Análisis comparativo entre países sobre los resultados e impactos. Según modelos de respuesta)
- Los centros operacionales de emergencias
- **La nueva dimensión de la comunicación del riesgo**
- Considerar la salud (pandemia) en marco de la “seguridad del estado”
- La gestión de los recursos con eficiencia y transparencia
- **Acuerdo pandémico (AMS: Dic 2021 adoptado AMS 2025, en revisión el anexo para AMS 2026)**



Reflexiones / Lecciones aprendidas de la pandemia COVID-19

El acceso real a los servicios de salud: Salud universal

- Gobernanza y rectoría en salud
- Fragmentación / segmentación
- Financiamiento público. El gasto en salud debe priorizar la gestión, innovación y atención primaria.
- Infraestructura y tecnología. Reorganización y expansión de los SS.
- Unificar / mayor coordinación entre prestadores de salud. (Sistema único de salud)
- Cobertura y acceso real a los SS
- **Nueva aproximación a la APS y la participación comunitaria**
- Expectativas en la Telemedicina. Aplicación de tecnologías digitales.
- Cambios en la atención de enfermedades respiratorias en los servicios de salud/ triaje / ventilación / protección al personal de salud
- Integrar a la medicina tradicional y alternativa a los SS.
- La correcta eliminación de los residuos hospitalarios

COVID-19: Casos, defunciones y letalidad en países de las Américas. Países con más de 200 mil casos acumulados al 13 dic 2021.

Country/Territory	Cases	Deaths	CFR (%)
United States of America	49,625,855	790,920	1.6%
Brazil	22,167,781	616,251	2.8%
Argentina	5,358,455	116,771	2.2%
Colombia	5,093,534	129,107	2.5%
Mexico	3,918,216	296,672	7.6%
Peru	2,254,373	201,770	9.0%
Canada	1,827,691	29,900	1.6%
Chile	1,784,165	38,716	2.2%
Cuba	963,693	8,313	0.9%
Guatemala	622,229	16,044	2.6%
Costa Rica	567,995	7,332	1.3%
Bolivia	553,108	19,317	3.5%
Ecuador	533,457	33,561	6.3%
Panama	480,787	7,386	1.5%
Paraguay	463,755	16,505	3.6%
Venezuela	438,683	5,239	1.2%
Dominican Republic	410,265	4,219	1.0%
Uruguay	402,509	6,145	1.5%
Honduras	378,561	10,421	2.8%
Puerto Rico	189,518	3,276	1.7%

¿Por qué las diferencias en la tasa de letalidad?

- Gobernanza (Respuesta de estado)
- Características de los Sistemas de Salud
- Comunicación del riesgo (vocería oficial)
- Desarrollo de la ciencia, biotecnología, innovación

61 Consejo Directivo OPS

30 septiembre al 04 octubre 2024

Documentos de trabajo

- CD61/6 Política para fortalecer la actuación del sector de la salud orientada por la equidad en torno al **cambio climático** y la salud
- CD61/7 Plan de acción para fortalecer los **sistemas de información** para la salud 2024-2030
- CD61/8 Política sobre los **cuidados a largo plazo**
- CD61/9 Estrategia para fortalecer las **funciones esenciales de salud pública** a fin de acelerar la transformación de los sistemas de salud 2024-2034
- CD61/10 Estrategia y plan de acción para fortalecer el **control del tabaco** en la Región de las Américas 2025-2030
- CD61/12 Estrategia sobre **inteligencia epidémica** para fortalecer la alerta temprana de las emergencias de salud 2024-2029



INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OPS (Octubre 2024)

Impulso tras la pandemia: Aplicar las enseñanzas obtenidas y recuperar los logros en materia de salud pública en la Región de las Américas

Cinco principales iniciativas:

1. Reactivación de la Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades
2. Campaña “Cero muertes maternas: Evitar lo evitable
3. Puesta en marcha de la iniciativa “Mejor atención para las ENT”
4. Transformación digital del sector de la salud
5. Refuerzo de los Fondos Rotatorios de la organización

Actividades estratégicas:

- **Alianza por la Atención Primaria de Salud en las Américas**
- Refuerzo para detectar y responder frente a emergencias de salud pública
- Recuperación de las coberturas de vacunación
- Adopción de la Política sobre el personal de salud 2030
- Abordaje de los efectos del cambio climático en la salud
- Reducción de las inequidades en el contexto de los ODS
- Desarrollo y producción regional de tecnologías sanitarias



Dr. Jarbas Barbosa
Director OPS
2023-2028

Desafíos en la región vinculados a la APS-renovada

- Considerando las lecciones aprendidas de la pandemia
- Preparación frente a emergencias sanitarias: dengue, sarampión, tos ferina.
- Las ENT, factores de riesgo (tabaco, alcohol, inactividad física, alimentación no saludable) y la salud mental (suicidios)
- Ampliación de la estrategia Hearst
- Desafío del envejecimiento saludable, sistema de cuidados, soledad
- Discapacidad y rehabilitación
- Cambio climático e impactos en la salud poblacional
- Telemedicina, telesalud, transformación digital
- Genómica y medicina personalizada, medicina de precisión
- Eliminación e 34 enfermedades y condiciones de salud
- Formación de recursos humanos en salud
- Participación comunitaria, intersectorialidad, iniciativa de municipios y comunidades saludables
- Promoción de la salud / comunicación de riesgo / Educación en salud: Lactancia materna, alimentación saludable
- Salud urbana, megaciudades: seguridad, aire y agua

HEARTS se está implementando y expandiendo en 33 países de la Región para incluir 4.183 centros de salud, que en conjunto cubren aproximadamente 28,7 millones de adultos en las áreas de captación respectivas.

Septiembre 2028 se cumplen 50 años de la Conferencia. Tres años por delante para revisar, innovar y consolidar la APS

HTA en México: Cascada de tratamiento

Personas con Hipertensión : 35 670 600

20 332 242
Diagnosticados
(57%)

15 338 358
No diagnosticados
(43%)

16 774 242
Tratados
(82,5)

3. 558, 232
No tratados
(8%)

Estudio representativo a nivel nacional
ENSANUT 2023

9,628 282
Controlados
(57.4%)

7145 960
No controlados
(42.6%)

Entre los adultos con hipertensión, **57.0%** ya había sido diagnosticado y, de éste, **82.5%** recibía tratamiento farmacológico y **57.4%** tenían PA bajo control (PAS <140 mmHg y PAD <90 mmHg).

La APS y “Una salud”



Boletín OPS ADELANTE

Actividades de cooperación técnica en México



<https://www.paho.org/es/documentos/boletin-cooperacion-tecnica-mexico>

