

# Evaluación de la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 2020-2022

Volumen I. Informe final

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas



# Evaluación de la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 2020-2022

Volumen I. Informe final

Washington, D.C., 2023

*Evaluación de la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 2020-2022. Volumen I. Informe final*

ISBN: 978-92-75-32742-5 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32743-2 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

**Cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 2020-2022. Volumen I. Informe final. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327425>.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias:** para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Las opiniones expresadas en el presente informe son del equipo de evaluación externa y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La responsabilidad de las opiniones expresadas en el presente informe recae exclusivamente en los autores. La publicación de este documento y de las opiniones expresadas en él no implica el respaldo por parte de la OPS.

PBE/2023

Diseño: Prographics

Imágenes de cubierta: © Shutterstock

Fotografías: © OPS

# Índice

Agradecimientos .....	v
Abreviaciones .....	vi
Resumen .....	viii
<b>1. Antecedentes</b> .....	<b>1</b>
1.1 Contexto.....	1
1.2 Finalidad, alcance y objetivos de la evaluación .....	5
1.3 Metodología, limitaciones y consideraciones éticas.....	7
<b>2. Resultados de la evaluación</b> .....	<b>11</b>
2.1 Pertinencia y coherencia .....	11
2.2 Eficacia .....	27
2.3 Eficiencia .....	51
2.4 Coordinación.....	63
2.5 Sostenibilidad .....	68
2.6 Valor añadido .....	74
2.7 Enseñanzas.....	78
<b>3. Conclusiones</b> .....	<b>81</b>
<b>4. Recomendaciones</b> .....	<b>88</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>94</b>

## Figuras

---

1.	Respuesta a la pandemia en un contexto desafiante, de diciembre del 2019 a octubre del 2022.....	4
2.	Grado en que la OPS apoyó a los Estados Miembros al definir las necesidades y prioridades para responder a la pandemia de COVID-19 (percepciones del personal de la OPS).....	15
3.	Percepciones del personal de la OPS con respecto al nivel de asistencia que prestó la OPS en todas sus áreas de cooperación (modalidades de cooperación).....	23
4.	Desempeño de la OPS durante las diferentes etapas de la pandemia.....	30
5.	Grado en que las áreas de cooperación de la OPS tienen posibilidades de fortalecer los sistemas de salud además de la pandemia de COVID-19.....	32
6.	Desglose de los gastos de la OPS, en el que se distingue entre los gastos del Presupuesto por Programas y las compras en nombre de los Estados Miembros (2018-2021).....	54
7.	Grado en que la OPS coordinó su respuesta para garantizar una respuesta oportuna y costo-eficaz, y evitar duplicaciones.....	64
8.	Percepciones del personal de la OPS sobre la adopción de las recomendaciones de la OPS por parte de los Estados Miembros.....	70
9.	Percepciones del personal de la OPS sobre el nivel de asistencia de la OPS durante la pandemia de COVID-19 con el fin de lograr sistemas de salud equitativos, resilientes y sostenibles.....	72
10.	Contribuciones singulares de la OPS durante la respuesta a la pandemia de COVID-19.....	75
11.	Acciones con las cuales el apoyo técnico de la OPS a los Estados Miembros ha marcado la diferencia.....	77

## Cuadros

---

1.	Resumen de lo que funcionó bien y lo que no funcionó bien en la respuesta de la OPS.....	41
2.	Resumen de los factores que facilitaron y que obstaculizaron la respuesta de la OPS.....	50
3.	Coordinación y transformación de ciertas alianzas durante la respuesta a la pandemia.....	65

# Agradecimientos

**E**l equipo de evaluación externa agradece la gestión del área de evaluación del Departamento de Planificación, Presupuesto y Evaluación (PBE, por su sigla en inglés), así como al Grupo de Referencia de la Evaluación (ERG, por su sigla en inglés), los asesores principales de la evaluación de la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a la COVID-19 y el personal en la Sede de la OPS, las representaciones en los países y las oficinas subnacionales, que contribuyeron con su tiempo y asesoramiento. También reconocemos la participación en esta evaluación de los ministerios de salud, contrapartes a nivel nacional, asociados, donantes, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras partes interesadas clave que compartieron sus ideas con el equipo de la evaluación.

El informe fue preparado por: Enric Grau, líder del equipo; Robina Shaheen, colíder del equipo (aseguramiento de la calidad/metodología); Héctor Gómez Dantés, oficial superior de evaluación y especialista en el tema; Juan Pablo Sarmiento, oficial superior de evaluación

y especialista en el tema; Ximena Aguilera, oficial superior de evaluación y especialista en el tema (integrante del equipo de la evaluación externa hasta el 5 de septiembre del 2022); Elvira Carrió, asistente de investigación; Michelle Ferreira Brito, asistente de investigación; y Luisa Toro-Alzate, asistente de investigación.

Asesores principales independientes en salud pública: Ronald St. John, asesor principal en salud pública, y Marceline Dahl-Regis, asesora principal en salud pública. Apoyados por: Rony Maza, Director, PBE, y Roberto La Rovere, asesor principal en evaluación, PBE, gerente a cargo de la evaluación de la respuesta de la OPS a la COVID-19, responsable interno del aseguramiento de la calidad y coordinador.

Consultores principales en PBE: Guillermo Mendoza, asesor principal en salud pública y evaluación, consultor; Maria Kobbe, consultora principal en evaluación.

Equipo de asistentes administrativas de PBE: Deborah Radcliffe, Maevy Glaeser y Francia Betanzos, asistentes administrativas.

# Abreviaciones

<b>ACNUR</b>	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
<b>ACT</b>	Acceso a las herramientas contra la COVID-19 (por su sigla en inglés)
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>COVAX</b>	Mecanismo Mundial de Acceso a las Vacunas contra la COVID-19
<b>COVID-19</b>	enfermedad por el coronavirus del 2019
<b>CVSP</b>	Campus Virtual de Salud Pública
<b>EGC</b>	Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural de la OPS
<b>ERG</b>	Grupo de Referencia de la Evaluación (por su sigla en inglés)
<b>ESPII</b>	emergencia de salud pública de importancia internacional
<b>HSS</b>	Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (OPS)
<b>LGBTQ+</b>	lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, <i>queer</i> y de otras identidades de género
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
<b>OEA</b>	Organización de los Estados Americanos
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	organización no gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PBE</b>	Departamento de Planificación, Presupuesto y Evaluación (OPS)
<b>PCR</b>	reacción en cadena de la polimerasa (por su sigla en inglés)
<b>PHE</b>	Departamento de Emergencias de Salud (OPS)
<b>PIB</b>	producto interno bruto
<b>PMA</b>	Programa Mundial de Alimentos
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>RRF</b>	Fondos Rotatorios Regionales (por su sigla en inglés)
<b>RSI</b>	Reglamento Sanitario Internacional
<b>SARS-CoV-2</b>	coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2
<b>sida</b>	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>UCI</b>	unidad de cuidados intensivos
<b>UNEG</b>	Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (por su sigla en inglés)
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USAID</b>	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (por su sigla en inglés)
<b>VIH</b>	virus de la inmunodeficiencia humana
<b>VIRAT</b>	herramienta para evaluar la disposición operativa para la introducción de las vacunas (por su sigla en inglés)



# RESUMEN

## Antecedentes

### **Panorama del impacto de la enfermedad por el coronavirus del 2019 (COVID-19) en la Región de las Américas**

La Región de las Américas fue una de las regiones más afectadas por la COVID-19. Al 25 de octubre del 2022, el coronavirus de tipo 2, causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) había infectado a 624 235 272 personas y causado 6 555 270 muertes en todo el mundo. De estas cifras totales, el 28,7% de los casos de infección (179 348 497 personas) y el 43,4% de las muertes (2 848 030 personas) se registraron en la Región de las Américas. Estados Unidos de América, Brasil, México y Perú estuvieron entre los diez países del mundo con el mayor número de muertes relacionadas con la COVID-19 y el mayor número de casos acumulados (Estados Unidos, 53,2%; Brasil, 19,3%; y Argentina, 5,38%). La mayor parte de las muertes se registraron en Estados Unidos (36,92%), Brasil (23,96%) y México (11,51%). Estos tres países son también los más poblados de la Región.

La pandemia de COVID-19 tuvo una considerable repercusión demográfica en América Latina y el Caribe, con una pérdida de 3 años de esperanza de vida al nacer (de 75,1 años en el 2019 a 72,1 años en el 2021). Centroamérica fue la subregión donde se registró la mayor pérdida en la esperanza de vida, con 3,6 años. Este efecto demográfico convierte a la Región de las Américas en la región del mundo en la que se perdieron más años de esperanza de vida debido a la pandemia.

Los sistemas de salud y los trabajadores de salud se vieron sometidos a una enorme presión y no estaban preparados para la crisis prolongada causada por la COVID-19. La Región de las Américas tuvo el porcentaje más alto de alteración de los servicios de salud esenciales (en promedio, el 55% de los servicios de salud se vieron alterados en 27 países, en comparación con el 28% en 23 países de Europa), y la mayor alteración en los servicios de atención primaria (70%).

### **Panorama general de la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19**

Hacia mediados de enero del 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) activó una respuesta a nivel de toda la Organización para brindar apoyo a todos sus Estados Miembros, de conformidad con el plan estratégico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de preparación y respuesta frente a la COVID-19. El 5 de marzo del 2020, la OPS puso en marcha su estrategia de respuesta y llamado a los donantes para apoyar las medidas de preparación y respuesta frente a la COVID-19 en la Región de las Américas, seguida por su estrategia regional de respuesta a la COVID-19 en el 2021. La estrategia de respuesta de la OPS a la COVID-19 se actualizó periódicamente para reflejar la evolución de la pandemia y los cambios en las necesidades regionales. El plan estratégico de preparación y respuesta se estructuró inicialmente en torno a nueve pilares, pero se revisó en el 2021 para incluir la vacunación como décimo pilar. En el 2022, en la versión actualizada del plan de respuesta se establecieron las medidas necesarias para poner fin a la pandemia en la Región.

## **Finalidad, alcance y objetivos de la evaluación**

La finalidad de esta evaluación fue proporcionar una visión objetiva e independiente del desempeño general de la OPS, en términos de su preparación y respuesta, a la pandemia de COVID-19, desde enero del 2020 hasta agosto del 2022. Esta evaluación tiene el doble propósito de servir como rendición de cuentas y aprendizaje institucional. La evaluación comprendió las operaciones de respuesta emprendidas por toda la Organización en sus cuatro subregiones: el Caribe, Centroamérica, América del Sur y América del Norte, así como en los 35 Estados Miembros.

Se trató de una evaluación estratégica, no de una evaluación técnica. Por lo tanto, no se evaluaron los departamentos, unidades o programas específicos de la OPS. En la evaluación se examinó el desempeño general de la Organización durante la pandemia de COVID-19 y se utilizaron casos, situaciones y ejemplos para ilustrar los resultados. Sin embargo, y por las mismas razones, no fue una evaluación técnica de los diez pilares del plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19 ni del gran número de acciones emprendidas en apoyo a los Estados Miembros. La evaluación se centró en la OPS como organización y no evaluó la respuesta de los Estados Miembros a la pandemia.

## **Preguntas y criterios de evaluación**

Las preguntas de la evaluación se estructuraron de conformidad con criterios de evaluación basados en la política de evaluación de la OPS del 2021, y en consonancia con los criterios de evaluación del Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). En la evaluación se examinó la respuesta de la OPS a la COVID-19 en términos de su pertinencia, eficacia, coherencia, coordinación, eficiencia y sostenibilidad. También se incorporó al marco analítico el análisis del valor añadido de la OPS, para reforzar el análisis a nivel estratégico y detectar aquellas áreas en las que el apoyo de la OPS a los Estados Miembros marcó la diferencia.

## **Metodología**

Para el diseño de la evaluación, se combinaron dos esferas de indagación principales. La primera esfera correspondió a la evaluación de las acciones de la OPS para colaborar con los Estados Miembros y asociados a fin de mitigar los efectos de la pandemia. La segunda esfera tuvo como objetivo evaluar la capacidad de adaptación interna de la OPS para operar en una pandemia. En la evaluación también se exploraron las percepciones internas sobre el desempeño de la OPS entre el personal de la propia Organización. Además, en la evaluación se consideraron tres niveles de análisis diferentes, pero interrelacionados: estratégico, operativo y organizacional.

Se emplearon métodos combinados para recopilar datos de múltiples fuentes, mediante revisión documental (alrededor de 100 documentos), entrevistas semiestructuradas con informantes clave (112) y encuestas en línea con el personal de la OPS (1363 mujeres y 927 hombres). Finalmente, se realizó un análisis a fondo por país o subregión en seis representaciones en los países (Barbados, Brasil, Guatemala, Haití, México y Perú), el centro logístico regional de Panamá y Barbados como oficina subregional.

## **Limitaciones**

La limitación más importante fue el corto plazo para realizar la evaluación, dada su amplitud. Otros desafíos fueron la rotación del personal gubernamental y de la OPS; la falta de disponibilidad oportuna

de informantes clave; la presión operativa sostenida debido a los brotes de viruela símica y poliomielitis; las dificultades para acceder al personal de los ministerios de salud; y la falta de un marco organizacional específico de seguimiento de la respuesta de emergencia frente a la pandemia de COVID-19. El equipo de la evaluación solo pudo entrevistar a un informante clave de la OMS, lo que afectó su comprensión de la perspectiva de la OMS.

### **Consideraciones éticas**

El equipo de la evaluación siguió las normas y procedimientos de la OPS y las pautas éticas del 2020 para la evaluación formuladas por el Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas en el 2020, a fin de cumplir con las obligaciones hacia los encuestados que participaron en la evaluación. En particular, la evaluación se adhirió a las consideraciones éticas pertinentes. El Comité de Revisión Ética de la OPS revisó y aprobó los instrumentos de recolección de datos antes de su uso.

## **Resultados principales de la evaluación**

### **Pertinencia y coherencia**

**Conformidad con los planes nacionales de respuesta.** El mandato de la OPS, la colaboración estrecha con la mayoría de los ministerios de salud de la Región, la experiencia y los conocimientos técnicos en materia de preparación y respuesta ante emergencias, la activación temprana del sistema de gestión de incidentes y la integración en los centros nacionales de operaciones de emergencia permitieron lograr la consonancia con los planes nacionales de respuesta y vacunación.

**Determinación de las necesidades.** Las necesidades generadas por la pandemia se determinaron utilizando los sistemas de información de salud que se usan habitualmente, investigación *ad hoc*, modelos predictivos epidemiológicos y encuestas, en estrecha coordinación entre los ministerios de salud y la OPS. Sin embargo, la falta de los indicadores desglosados de buena calidad necesarios para establecer las prioridades de manera dirigida y eficaz obstaculizó una valoración más precisa de las necesidades nacionales. A medida que la pandemia evolucionaba, las recomendaciones de los organismos internacionales, un mejor conocimiento del virus y su comportamiento, mayor disponibilidad de datos epidemiológicos e información más precisa sobre la repercusión socioeconómica de la COVID-19, proporcionaron datos más sólidos para facilitar la toma de decisiones y priorizar las acciones. La participación de la OPS en los centros nacionales de operaciones de emergencia, así como la preparación de las valoraciones de la capacidad operativa de los países apoyadas por la OPS, fueron fundamentales para brindar una estimación inicial de las necesidades y una indicación de las capacidades nacionales requeridas para la respuesta. La OPS también apoyó las evaluaciones de las necesidades y de la capacidad operativa de los países para los planes nacionales de despliegue y vacunación contra la COVID-19.

**Equidad en la respuesta nacional de los Estados Miembros.** La OPS planificó una respuesta equitativa y promovió medidas destinadas a reducir las barreras de acceso para los grupos vulnerables o las zonas desatendidas, y a distribuir las vacunas contra la COVID-19 a quienes más las necesitaban. Sin embargo, la promoción y las acciones de la OPS para garantizar una respuesta equitativa se vieron entorpecidas por la situación desbordada en materia de salud, las persistentes desigualdades en la Región y el acceso limitado a los recursos, especialmente a vacunas.

**Pertinencia de las modalidades de cooperación.** La modalidad de cooperación que ocupó el primer lugar en términos de pertinencia fue la asistencia técnica, cuya calidad también reconocieron los informantes externos. Los aspectos logísticos y la cadena de suministro fueron otras de las modalidades de cooperación mejor calificadas, seguidas por la educación y la capacitación. En cambio, la cooperación Sur-Sur y triangular recibió la calificación más baja, lo que probablemente refleja el deterioro de la solidaridad y la cooperación regionales durante la pandemia.

**Adaptación de la OPS.** La OPS adaptó su respuesta a nivel programático y organizacional durante las diversas fases de la respuesta. Esto permitió a la Organización operar en un contexto sin precedentes, con desafíos de salud en constante cambio y la aparición de necesidades apremiantes.

A nivel programático, fue necesaria una reestructuración considerable de la mayoría de los programas de salud, lo que incluyó la reasignación de recursos humanos, nuevos métodos para la comunicación de riesgos y estrategias innovadoras de vacunación. A nivel organizacional, se activó el sistema de gestión de incidentes, se adaptó su estructura progresivamente y el personal de la OPS tuvo que asumir funciones nuevas y adicionales. El Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) se amplió para capacitar también al personal de la OPS. Se establecieron nuevas relaciones con los donantes y se formaron nuevas alianzas y asociaciones. Se aceleró la transformación digital y se modificaron algunos procedimientos internos.

## Eficacia

**Las actividades más y menos eficaces de la OPS.** La OPS ajustó su respuesta a medida que evolucionaba la pandemia en la Región, y adoptó medidas para brindar apoyo a los ministerios de salud con respecto a todos los pilares del plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19. Esto se hizo con una intensidad variable y teniendo en cuenta el contexto nacional y los recursos asignados a cada pilar. El personal de la OPS tuvo una opinión generalmente positiva del desempeño de la Organización durante la pandemia. No obstante, las opiniones entre las contrapartes a nivel nacional y los asociados variaron en relación con determinados aspectos fundamentales del desempeño de la OPS (por ejemplo, aspectos administrativos y logísticos, retrasos en la toma de decisiones, capacidad operativa a nivel de país, diálogo sobre políticas, gestión de la comunicación, presentación de informes).

Los pilares mejor calificados del plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19 de la OPS fueron: a) vacunación; b) apoyo operativo, aspectos logísticos y cadenas de suministro; c) coordinación, planificación, financiamiento y seguimiento; d) vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos; y e) prevención y control de infecciones, y protección del personal de salud. No obstante, los actores externos fueron críticos con respecto a la vacunación, debido a las dificultades para obtener un acceso oportuno y generalizado a las vacunas contra la COVID-19.

El marco de seguimiento del plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19 tenía ante todo la finalidad de apoyar el seguimiento de las medidas nacionales de respuesta, permitir la consolidación de datos a nivel subregional, regional y mundial, y fundamentar el análisis de los datos y la toma de decisiones. En cambio, no se pretendía utilizarlo para evaluar el desempeño de la OPS en su función de proporcionar apoyo técnico a los países.

Se ha reconocido ampliamente la labor de la OPS en el apoyo a las contrapartes en el gobierno, incluidos los ministerios de salud, para elaborar planes nacionales de gestión de crisis y mecanismos de respuesta a emergencias. Una de las actividades más exitosas llevadas a cabo por la OPS consistió en las medidas inmediatas para fortalecer la capacidad regional de los sistemas de vigilancia y adoptar herramientas innovadoras para la investigación de los brotes.

Las autoridades de salud pusieron en marcha, con el apoyo de la OPS, campañas de comunicación de riesgos para difundir información accesible y fiable sobre la COVID-19 y recomendaciones de salud pública sobre cómo protegerse del virus. Asimismo, la OPS brindó apoyo y orientación para preparar los planes nacionales de despliegue y vacunación contra la COVID-19, así como estrategias relacionadas con el financiamiento de la compra de vacunas, aunque los retrasos y la imprevisibilidad en la compra afectaron las relaciones entre la OPS y algunos ministerios de salud.

Factores internos y externos que afectan la respuesta de la OPS. Internamente, la respuesta de la OPS a la COVID-19 se vio afectada por la crítica situación financiera y de recursos humanos de la Organización, y por las deficiencias en la comunicación entre la Sede de la OPS y las representaciones en los países. La política de contratación de personal de la OPS durante la pandemia limitó la capacidad de respuesta operativa en algunas representaciones en los países y llevó al personal de la OPS a asumir funciones nuevas y adicionales. En términos más amplios, los factores que afectaron la capacidad de respuesta de la OPS en áreas clave incluyeron la centralización excesiva de las decisiones en Ginebra (OMS) y la dependencia del Mecanismo Mundial de Acceso a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX) para la compra y distribución de vacunas.

Entre los principales desafíos externos para responder a la COVID-19 estuvieron la politización de la respuesta, la infodemia, la heterogeneidad de los sistemas de salud (lo que dificultó la adopción de una estrategia única adecuada a las diversas necesidades y capacidades nacionales de la Región) y el cumplimiento deficiente del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). En cuanto a la logística, la interrupción de las cadenas de suministro retrasó la compra de insumos médicos y la tornó más compleja y costosa.

Además de la pandemia, la OPS tuvo que enfrentar la presencia concomitante de desastres naturales y brindar apoyo a sistemas de salud que sufren la falta persistente de fondos y la escasez de personal de salud. A nivel de país, fue difícil para los Estados Miembros cumplir las recomendaciones de la OPS debido al financiamiento insuficiente, el equipamiento inadecuado y la falta de personal médico y especializado capacitado para emergencias, en particular en los países que enfrentaban crisis concomitantes.

## **Eficiencia**

**Reasignación.** La OPS realizó esfuerzos notables y tomó medidas excepcionales para reasignar recursos, estructuras organizacionales y procesos clave con objeto de responder a la pandemia, en especial dada su frágil situación financiera al comienzo de la pandemia. La OPS simplificó y aceleró algunos procesos administrativos y financieros, y creó otros nuevos, equilibrando la flexibilidad con los mecanismos de control para garantizar la rendición de cuentas.



A pesar de los esfuerzos realizados en todos los niveles dentro de la OPS, las limitaciones de recursos durante el primer año de la pandemia, resultantes de la falta de pago de las contribuciones señaladas por parte de algunos Estados Miembros y de la burocracia interna (procedimientos administrativos complicados o inadecuados), llevaron a la Organización a una dicotomía entre el “querer hacer” (voluntad) y el “poder hacer” (recursos).

La respuesta institucional de la OPS, la activación del sistema de gestión de incidentes y la adaptación e innovación en los procesos de compra fueron oportunas, pero la respuesta en otras áreas operativas se percibió en general como lenta o sin la adaptación suficiente a una crisis de gran escala. La rigidez administrativa afectó la eficiencia de la prestación de servicios a los Estados Miembros y fue motivo de pérdida de oportunidades de financiamiento, insatisfacción entre algunos donantes y asociados, dificultades en la contratación de personal y retrasos en la firma de acuerdos. Además, la doble gestión por medio del Mecanismo COVAX y de acuerdos bilaterales añadió complejidad a los procesos de compras.

Capacidad de la OPS para movilizar rápidamente el apoyo. El mandato regional único y especializado de la OPS fue en sí mismo un factor clave para obtener apoyo financiero, político e institucional. Las relaciones estratégicas entre Canadá, Estados Unidos y la OPS fueron fundamentales para movilizar la cooperación técnica, obtener recursos financieros, proporcionar conocimientos técnicos y donar vacunas a otros ministerios de salud de la Región, una vez que se cubrieron las necesidades internas de los dos países. Además, los fondos y las capacidades logísticas de la OPS atrajeron el interés de donantes y asociados. Gracias a los fondos adicionales relacionados con la COVID-19, la función de compras

de la OPS evolucionó considerablemente hasta ocupar un espacio estratégico en la Organización y brindar un apoyo crítico a los Estados Miembros.

Los programas regulares de la OPS se vieron afectados durante la pandemia por limitaciones operativas, financieras y de recursos humanos. Internamente, se asignó personal de los programas regulares de la OPS para brindar apoyo a la respuesta a la pandemia.

**Salud y bienestar del personal de la OPS y continuidad de las operaciones.** Existe un amplio reconocimiento de que los logros de la OPS durante la pandemia se debieron al compromiso y profesionalismo de su personal, aunque con un alto costo en lo individual. La OPS extendió su programa de asistencia al empleado, incluidos los servicios de asesoramiento y la modalidad ya existente de teletrabajo, como parte de la política del deber de cuidado.

El teletrabajo no afectó negativamente la productividad laboral, pero sí la capacidad del personal de la OPS para brindar cooperación técnica e interactuar con algunas contrapartes a nivel nacional. Lograr un equilibrio satisfactorio entre la vida laboral y personal mientras se trabajaba desde casa fue un desafío para el personal de la OPS. La carga de trabajo aumentó considerablemente y muchos trabajaron largas jornadas, especialmente durante el primer año de la pandemia. Al principio de la pandemia, la contratación de personal estuvo congelada debido a las decisiones existentes de contención de costos, y las medidas proporcionadas por la OPS para apoyar la salud y el bienestar no estuvieron al alcance de todo el personal ni fueron suficientes para apoyar su salud mental y bienestar.

## Coordinación

En general, la función de coordinación de la OPS dentro de los equipos de las Naciones Unidas en los países se consideró útil. En particular, el trabajo conjunto a través del Depósito de Suministros Humanitarios de las Naciones Unidas en Panamá reforzó notablemente las capacidades logísticas y de distribución regionales. Además, la OPS contribuyó a realizar mesas redondas con donantes y a proporcionar orientación a los Estados Miembros sobre las oportunidades de financiamiento y apoyo. La OPS colaboró con los asociados existentes durante la respuesta a la COVID-19, teniendo en cuenta su experiencia y sus capacidades regionales y nacionales, y estableció alianzas con distintas organizaciones y en mayor número para movilizar recursos, con el fin de aumentar el alcance y la cobertura de sus programas y de fomentar la cooperación.

## Sostenibilidad

Medidas apoyadas por la OPS que podrían fortalecer los sistemas de salud y aplicarse en períodos y programas ajenos a las emergencias. Varios decenios de trabajo conjunto en materia de preparación y la respuesta a la pandemia de gripe por H1N1 proporcionaron a los ministerios de salud la experiencia pertinente para hacer frente a la COVID-19, debido a la naturaleza aérea de su transmisión y al establecimiento de sistemas de vigilancia de la enfermedad tipo influenza (ETI). Las inversiones de larga data de la OPS y los ministerios de salud en capacidades de laboratorio fueron particularmente importantes para facilitar una respuesta a la COVID-19 basada en la evidencia. A su vez, estas inversiones contribuyeron a fortalecer algunas funciones esenciales de los sistemas nacionales de salud y pueden aplicarse en los períodos no pandémicos.

Desde una perspectiva organizacional, el financiamiento excepcional recaudado para la respuesta de emergencia ha mitigado la difícil situación financiera de la OPS. Sin embargo, el agotamiento de los fondos de emergencia en breve planteará nuevos desafíos, que podrían tener consecuencias organizacionales y programáticas.

Aceptación de la cooperación técnica de la OPS por los ministerios de salud. En general, los ministerios de salud adoptaron las recomendaciones de la OPS, aunque en ciertos momentos y en relación con decisiones esenciales en materia de salud pública, algunos Estados Miembros tomaron decisiones que no estaban en consonancia con la evidencia científica proporcionada por la OPS. En varios casos, los cambios en el gobierno y la rotación de personal en las instituciones nacionales causaron discontinuidad en las estrategias e intervenciones de salud pública.

## Valor agregado

La OPS fue la única organización regional con el mandato, la capacidad institucional y la experiencia técnica para lograr una respuesta regional al más alto nivel político frente a una crisis de salud que trascendía las fronteras y las competencias de los sistemas nacionales de salud. La OPS contribuyó no solo a apoyar los sistemas de salud, sino también a facilitar la continuidad de las funciones esenciales de los Estados Miembros más allá del sector de la salud (el enfoque de “todo el gobierno”). Además, el Fondo Rotatorio de la OPS fue fundamental para ampliar el acceso a las vacunas en la Región, y puede servir como punto de referencia para otras regiones.

La OPS se destacó en su apoyo técnico a los Estados Miembros mediante el fortalecimiento rápido de las capacidades para el diagnóstico de laboratorio y la vigilancia epidemiológica (la detección del SARS-CoV-2 en laboratorio en 28 Estados Miembros se puso en marcha en 25 días), la ampliación de la capacitación de los recursos humanos para la salud, el despliegue del equipo de apoyo para la gestión de incidentes y el desarrollo de una capacidad logística masiva para satisfacer las necesidades a nivel de los países.

## Principales conclusiones

### Dimensión estratégica

La OPS consolidó su posición como el organismo de referencia y el asociado preferido en materia de salud en la Región, en un momento en que la salud y la seguridad sanitaria mundial se han vuelto prioritarias. La OPS brindó apoyo técnico y logístico uniforme y sostenido a los ministerios de salud y fortaleció notablemente la función de compras (mediante el Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico), a pesar de los factores internos y externos que limitaron las operaciones de la OPS y pusieron en riesgo la confianza en la Organización, particularmente al inicio y durante ciertos momentos clave de la respuesta a la COVID-19.

### Dimensión operativa

La respuesta institucional de la OPS al inicio de la pandemia fue oportuna, pero la burocracia (con procedimientos lentos e inadecuados para una respuesta prolongada y a gran escala a la pandemia en algunas áreas) y la escasez de recursos afectaron la capacidad de implementación y la eficiencia de la Organización en ciertos ámbitos. El desempeño de la OPS durante la pandemia arrojó resultados dispares, con un balance general positivo en cuanto a la cooperación técnica con los Estados Miembros y resultados más modestos en las esferas institucional y social.

La OPS tuvo la capacidad de innovar e integrar lo aprendido a lo largo de la respuesta a la pandemia (“aprender haciendo”) en áreas clave, para adaptar y transformar la manera en que funciona institucional y técnicamente, y evolucionar como organización.

La OPS contribuyó a abordar las brechas digitales en la Región, exacerbadas por la pandemia, al apoyar la transformación digital del sector de la salud a nivel de los países y fortalecer su propia política de transformación digital.

El principio de equidad estuvo en el centro del plan estratégico de preparación y respuesta de la OPS frente a la pandemia de COVID-19. Sin embargo, su aplicación práctica se vio limitada debido a las barreras prolongadas y preexistentes que dificultaban el acceso a los medios de diagnóstico, los tratamientos y las vacunas contra la COVID-19 a nivel nacional o subnacional. En muchos casos, las medidas adoptadas fueron insuficientes para mitigar el efecto diferencial de la pandemia en las mujeres y los grupos vulnerables.

Los sistemas de planificación y seguimiento de la respuesta a la COVID-19 (el plan estratégico de preparación y respuesta y el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025) no tenían la finalidad de evaluar el desempeño de la Organización durante la pandemia. La contribución de la OPS a la respuesta a la pandemia a nivel regional, subregional y nacional está bien documentada, pero la evaluación de sus efectos más amplios es difícil y parece variar considerablemente según las modalidades de cooperación, los pilares del plan estratégico de preparación y respuesta, y las diferentes realidades subregionales y nacionales.

### **Dimensión organizacional**

La activación temprana del sistema de gestión de incidentes de la OPS proporcionó efectivamente apoyo y orientación estratégica a la Región y a los Estados Miembros, y contribuyó a la coordinación de las actividades nacionales de respuesta. Sin embargo, la reasignación de profesionales de otras unidades y el funcionamiento a largo plazo del sistema de gestión de incidentes generaron desequilibrios organizacionales.

La OPS amplió la modalidad de teletrabajo existente como parte de la política del deber de cuidado, para permitir la continuidad de las operaciones al tiempo que protegía al personal y sus familias. No obstante, esta decisión puso al personal de las representaciones de la OPS en los países en una situación difícil, ya que necesitaban seguir trabajando cara a cara en las instalaciones de sus contrapartes a nivel nacional para garantizar un apoyo total y una cooperación técnica uniforme en un contexto de crisis aguda (la llamada “paradoja del teletrabajo”).

Los logros de la OPS durante la pandemia se debieron al compromiso y profesionalismo de su personal que, a pesar de las inversiones de la OPS en el deber de cuidado, experimentó problemas de salud mental, un deterioro en su bienestar y dificultades para mantener el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar. Algunos miembros del personal de la OPS no consideraban que la respuesta a emergencias formara parte de sus responsabilidades contractuales, lo que generó cargas de trabajo desiguales y desequilibrios internos.

## Principales recomendaciones

### Nivel estratégico

Gobernanza y colaboración de la OPS con los Estados Miembros. La OPS debe revisar y actualizar su gobernanza para su uso durante las crisis y para colaborar con los Estados Miembros en la concepción de la “OPS del futuro”, en una era posterior a la COVID-19.

Plataformas y herramientas con base científica para abordar las emergencias de salud pública. La OPS debe impulsar la creación de un mecanismo regional especializado que permita reunir a un grupo asesor científico independiente para responder a las emergencias complejas de salud pública.

Modelo de financiamiento. La OPS debe diversificar su modelo de financiamiento, de manera de adaptarlo a las necesidades durante las épocas normales y los períodos de crisis, sobre la base de las estrategias exitosas empleadas durante la pandemia. El modelo de financiamiento revisado por la OPS debe garantizar los medios adecuados para apoyar de manera sostenida a los ministerios de salud en la preparación y respuesta ante emergencias para las crisis de gran escala, pero también estabilizar la cooperación técnica en los períodos regulares.

### Nivel operativo

Género y equidad. La OPS debe incorporar enfoques de género y equidad basados en la evidencia en las medidas de preparación, respuesta y recuperación ante las pandemias.

Sistema de gestión de incidentes y estrategia de operación continua. La OPS debe concebir un modelo organizacional definido que le permita operar de manera sostenida durante las emergencias de salud pública de larga duración, basado en la vasta experiencia del sistema de gestión de incidentes.

Digitalización e innovación. La OPS debe capitalizar las nuevas tecnologías y métodos adoptados durante la pandemia, como la inteligencia artificial, el uso de las redes sociales, las estrategias para enfrentar la reticencia a la vacunación, la ciberseguridad y las nuevas tecnologías de salud, para idear formas novedosas de fomentar la cooperación con los ministerios de salud (en materia de cooperación técnica, capacitación, investigación y análisis), abordar la brecha digital y promover la transformación tecnológica.

### Nivel organizacional

Gestión institucional durante las emergencias de salud pública. La OPS debe examinar a fondo los procedimientos y herramientas de gestión, así como los mecanismos de comunicación interna para usar en tiempos de crisis.

Políticas de recursos humanos y ajuste de los procesos de deber de cuidado. La OPS debe reforzar la capacidad organizacional para desplegar personal especializado en la respuesta a las emergencias, y revisar y actualizar la política de contratación, la política de deber de cuidado y los esquemas de remuneración (basados en el desempeño y en la carga de trabajo adicional) durante las emergencias de salud pública.



## CAPÍTULO 1

# Antecedentes

### 1.1. Contexto<sup>1</sup>

#### **Aspectos clave de la situación de salud en la Región de las Américas antes de la COVID-19**

La Región de las Américas comprende una amplia gama de países con gran diversidad económica, social y cultural. Los sistemas de salud de la Región están tratando de adaptarse a la transición epidemiológica. Las enfermedades endémicas, como el dengue, la fiebre amarilla, la enfermedad por el virus del Zika, el chikunguña, la malaria y la tuberculosis, siguen siendo una carga persistente para la infraestructura de atención de salud, ya sea en forma de infecciones endémicas o como grandes epidemias que se propagan rápidamente por toda la Región (1, 2).

Las enfermedades no transmisibles representan la mayor proporción de la carga de enfermedad en la Región debido a los rápidos cambios demográficos y epidemiológicos (doble carga de enfermedad). Esto resulta especialmente cierto en el caso del Caribe, donde el 78% de todas las muertes son atribuibles a las enfermedades no transmisibles (el promedio mundial es del 74%) (3, 4). La mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas es mayor en el Caribe (18,8%) que en toda América Latina y el Caribe en su conjunto (14,8%) (5).

Antes del brote de COVID-19, la Región de las Américas estaba registrando mejoras en el acceso a la atención de salud y mejores resultados de salud, aunque persistían las disparidades y las antiguas desigualdades. Al tiempo que estaban disminuyendo las tasas de mortalidad de muchas enfermedades importantes —como la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), la malaria y las enfermedades diarreicas—, entre el 2000 y el 2019 la esperanza de vida aumentó en cinco años. La mortalidad neonatal y la mortalidad en menores de 5 años disminuyeron durante el mismo período en 52% y 50%, respectivamente, lo que indica mejoras en la eficacia de los sistemas de salud y en el bienestar general de la población de América Latina y el Caribe (6-8).

Para lograr la cobertura universal de salud, muchos países de América Latina pusieron en marcha diversas reformas de los sistemas de salud. Esto se refleja en el aumento del gasto en salud (un incremento promedio del 1,43% del producto interno bruto [PIB] entre el 2000 y el 2019) y en el logro de un índice general de cobertura esencial de salud de entre 76 y 77% en países como Argentina, Brasil, Colombia y México (9, 10). Sin embargo, el gasto público en salud como proporción del PIB se mantuvo bajo (3,5% del PIB, en promedio) en comparación con el promedio de los países miembros de

---

1 La sección de antecedentes ampliada figura en el anexo 2. Véase Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (6,6% del PIB), con una mayor dependencia del gasto privado (11).

El acceso equitativo y la calidad de los servicios de salud enfrentan desafíos debido a las considerables disparidades y desigualdades que persisten en la Región de las Américas en su conjunto y dentro de los países (11, 12). La mayoría de los países de América Latina todavía tienen dificultades para satisfacer las necesidades de salud de su población, y siguen enfrentando los costos cada vez mayores de la atención de salud; el acceso y la distribución desiguales de los servicios de salud; el alto grado de informalidad de las economías, y un nivel elevado de gastos directos de bolsillo (13). Al inicio de la pandemia de COVID-19, la Región estaba trabajando para alcanzar los objetivos con relación a diferentes prioridades de salud y haciendo esfuerzos para proporcionar cobertura universal y salud para todos, centrándose en los grupos poblacionales más vulnerables. Ningún país o sistema de salud de la Región estaba preparado para enfrentar la pandemia de COVID-19, una crisis sanitaria que abrumó al sector de la salud.

### **Panorama general del impacto de la COVID-19 en la Región de las Américas**

En diciembre del 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (China) notificó un brote de una enfermedad respiratoria (COVID-19) causada por un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2 (14). En la Región de las Américas, los gobiernos pudieron anticipar la llegada de la pandemia de COVID-19 y, por tal razón, impusieron medidas estrictas de confinamiento cuando el número de casos aún era bajo. A medida que la COVID-19 se propagaba, los sistemas de salud saturados no lograron hacerle frente, lo que afectó la salud de la población. Sin embargo, desde el lanzamiento mundial de la campaña de vacunación contra la COVID-19 en diciembre del 2020, y gracias a una cobertura cada vez mayor de la vacunación, la mortalidad por COVID-19 ha disminuido gradualmente (véase la figura 1) (15).

La Región de las Américas fue una de las regiones más afectadas por la COVID-19. Hasta el 25 de octubre del 2022, el SARS-CoV-2 había infectado a más de 624 235 272 personas y causado 6 555 270 muertes en todo el mundo (15). De estos totales, el 28,7% de los casos de infección (179 348 497 personas) y el 43,4% de las muertes (2 848 030 personas) se presentaron en la Región de las Américas (15). Estados Unidos de América, Brasil, México y Perú estuvieron entre los diez países del mundo con el mayor número de muertes relacionadas con la COVID-19 y el mayor número de casos acumulados.<sup>2</sup> La mayoría de las muertes se presentaron en Estados Unidos (36,92%), Brasil (23,96%) y México (11,51%) (15).

La pandemia de COVID-19 tuvo una considerable repercusión demográfica en América Latina y el Caribe, con una pérdida de 2,9 años de esperanza de vida al nacer (de 75,1 años en el 2019 a 72,1 años en el 2021) (16). Centroamérica fue la subregión donde hubo la mayor pérdida en la esperanza de vida, con 3,6 años. Este efecto demográfico convierte a la Región de las Américas en la región del mundo que más años de esperanza de vida perdió debido a la pandemia (16).

Los sistemas de salud y los trabajadores de salud se vieron sometidos a una enorme presión, y no estaban preparados para la prolongada crisis causada por la COVID-19 (17, 18). La Región de las Américas tuvo

---

<sup>2</sup> Estados Unidos de América, Brasil y México son los tres países más poblados de la Región.

el porcentaje más alto de interrupciones de los servicios de salud esenciales (en promedio, el 55% de los servicios de salud se vieron alterados en 27 países, en comparación con el 28% en 23 países de Europa), y las mayores interrupciones ocurrieron en los servicios de atención primaria (70%) (19).

Gracias a las actividades de vacunación masiva contra la COVID-19, para octubre del 2022 había 718 862 834 personas completamente vacunadas en la Región de las Américas (76% en América del Norte y 65% en América del Sur) (20). Sin embargo, las presiones que generó la pandemia sobre los servicios de salud afectaron los programas regulares de inmunización, lo que hizo que 2,5 millones de niños no recibieran las vacunas de los esquemas de vacunación en el 2020 (20).

Además, hasta el 26 de octubre del 2022, en la Región de las Américas se habían notificado 49 935 casos confirmados de viruela símica y 16 muertes (21). Asimismo, el 21 de julio del 2022, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Estados Unidos) notificó un caso de poliomielitis parálitica (22). En el 2020, la tasa de vacunación con las tres dosis de la vacuna antipoliomielítica se situó en 82%, la más baja desde 1994, cuando se certificó que la Región de las Américas estaba libre de la enfermedad (23). Considerando esto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha instado a los países a fortalecer urgentemente la vigilancia epidemiológica y las campañas habituales de vacunación (23).

### **Panorama general de la respuesta de los Estados Miembros a la COVID-19**

En respuesta a la pandemia de COVID-19, los 35 Estados Miembros de la OPS activaron mecanismos de coordinación intersectorial, con la participación de los líderes políticos de mayor jerarquía, y activaron planes de gestión y mecanismos de respuesta a las emergencias. Veintitrés Estados Miembros declararon el estado de emergencia. Al contrario de lo que se indicaba en las recomendaciones de viajes formuladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), 33 de los 35 Estados Miembros limitaron drásticamente el ingreso de viajeros internacionales, y 16 adoptaron medidas relacionadas con el tránsito incluso antes de que se confirmara el primer caso de infección por SARS-CoV-2 (24).

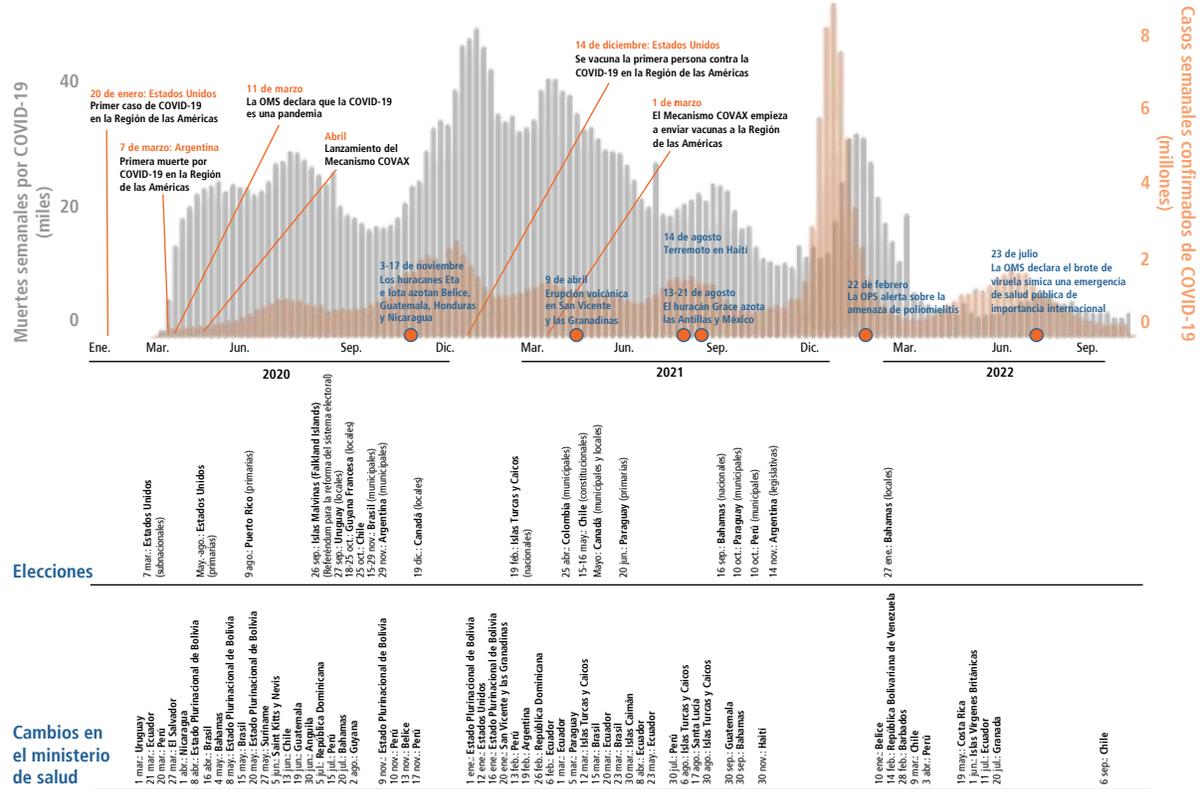
Las respuestas variaron de un país a otro, y las decisiones dependieron de factores políticos y económicos, y de las experiencias anteriores en la gestión de pandemias y epidemias. Tal heterogeneidad se debió a las medidas de salud pública adoptadas, el tamaño de la población, el grado de desarrollo del país, y a la estructura y organización de los sistemas de salud (25).

En respuesta a los desafíos de gestión planteados por la COVID-19 en la Región, muchos países llevaron a cabo cambios activos en el liderazgo del ministerio de salud, que sumaron más de cincuenta (figura 1).

Los países pudieron acceder a las vacunas por medio del Mecanismo para el Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX), donaciones y negociaciones bilaterales. La mayoría de los países y territorios de la Región se adhirieron al Mecanismo COVAX de la OMS, excepto Cuba y los territorios de Aruba, Curazao, las Islas Vírgenes, Puerto Rico y San Martín (26).

**FIGURA 1**

## Respuesta a la pandemia en un contexto desafiante, de diciembre del 2019 a octubre del 2022



Fuente: Elaborado por el equipo de evaluación, con base en datos del portal de la OPS y otros documentos.

### Respuesta de la OPS a la COVID-19 (objeto de la evaluación)

El 30 de enero del 2020, la OMS declaró que el brote de COVID-19 era una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), y el 12 de marzo del 2020 declaró que se trataba de una pandemia (27). A mediados de enero del 2020, la OPS ya había activado una respuesta a nivel de toda la Organización para apoyar a todos sus Estados Miembros, de conformidad con el plan estratégico de la OMS de preparación y respuesta frente a la COVID-19 (28). El 5 de marzo del 2020, la OPS puso en marcha su estrategia de respuesta y llamado a los donantes para apoyar las medidas de preparación y respuesta frente a la COVID-19 en la Región de las Américas, seguida por su estrategia regional para responder a la COVID-19 en el 2021. Véase el [cronograma de la OPS sobre la COVID-19 \[en inglés\]](#) para consultar la secuencia detallada de las medidas clave de la OPS.

La estrategia de la OPS de respuesta a la COVID-19 se actualizó periódicamente (tres veces en el 2020, una vez en el 2021 y una vez en el 2022) para reflejar la evolución de la pandemia y los cambios en



las necesidades regionales. El plan estratégico de preparación y respuesta se estructuró inicialmente en torno a nueve pilares, pero se revisó en el 2021 para incluir el décimo pilar (la vacunación), lo que reflejaba la disponibilidad de vacunas contra la COVID-19. En el 2022, en el plan de respuesta actualizado se establecieron las medidas necesarias para poner fin a la pandemia en la Región.

Los documentos de la estrategia y el plan de respuesta de la OPS a la COVID-19 tenían la finalidad de orientar y apoyar la respuesta de los Estados Miembros a la enfermedad. Así pues, estos documentos sirvieron de referencia para la evaluación, pero el análisis se centró en el desempeño organizacional de la OPS y su contribución a la respuesta (véase la sección 1.3 de “Metodología, limitaciones y consideraciones éticas”).

## 1.2. Finalidad, alcance y objetivos de la evaluación

### Finalidad de la evaluación

La finalidad de esta evaluación fue proporcionar una visión objetiva e independiente del desempeño general de la OPS durante la respuesta a la pandemia de COVID-19, de enero del 2020 a agosto del 2022. Con ella, se pretende cumplir funciones de rendición de cuentas y de aprendizaje institucional.

### **Alcance de la evaluación<sup>3</sup>**

**Alcance geográfico:** La evaluación comprendió las operaciones de respuesta emprendidas por toda la Organización en sus cuatro subregiones: América del Norte, Centroamérica, América del Sur y el Caribe, así como en los 35 Estados Miembros.

**Alcance en el tiempo:** El lapso que abarcó la evaluación fue de enero del 2020 a agosto del 2022.

**Fuera del alcance:** Esta fue una evaluación estratégica más que técnica y, por lo tanto, no se evaluaron los departamentos, unidades o programas específicos de la OPS. En la evaluación se examinó el desempeño general de la Organización durante la pandemia de COVID-19 y se utilizaron casos, situaciones y ejemplos para ilustrar los resultados. Sin embargo, no se trataba de una evaluación técnica de los diez pilares del plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19, ni del gran número de medidas emprendidas en apoyo de los Estados Miembros. La evaluación se centró en la OPS como organización, y no evaluó la respuesta de los Estados Miembros a la pandemia. Más bien, examinó cómo la OPS colaboró con los Estados Miembros y les brindó apoyo durante la respuesta.

### **Objetivos de la evaluación**

Los objetivos específicos de la evaluación fueron los siguientes:

- Evaluar la preparación, la organización interna y la aplicación de la estrategia de respuesta a la pandemia de COVID-19, y documentar los principales logros, así como los desafíos, las brechas y las áreas susceptibles de mejora.
- Examinar los principales factores facilitadores y limitantes que influyeron en los logros y las brechas, incluidas las implicaciones de cómo la OPS lleva a cabo sus programas regulares fuera del contexto de emergencia de la respuesta a la COVID-19.
- Formular recomendaciones basadas en la evidencia sobre medidas correctivas que fortalezcan la respuesta a la pandemia, al tiempo que se prepara la recuperación resiliente, de conformidad con los términos de referencia.<sup>4</sup>

### **Enfoque, criterios y preguntas de la evaluación**

El enfoque de la evaluación fue participativo, colaborativo y orientado a los servicios públicos, con el objetivo de lograr la participación del personal de la OPS, las partes interesadas pertinentes y los informantes clave (Estados Miembros, asociados y donantes). Se adoptó este enfoque para que se logre una comprensión común y apropiación de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones de la evaluación. Además, en la evaluación se incorporó cierta flexibilidad metodológica para ajustar la

---

3 Cabe aclarar que esta evaluación tiene una finalidad diferente que la de las auditorías y otras encuestas internas que encarga la OPS, puesto que se centra específicamente en el aprendizaje y la rendición de cuentas.

4 Para conocer los términos de referencia, véase el anexo 1 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

recopilación de datos, las herramientas de análisis y los procesos, dadas las limitaciones de tiempo. El enfoque adoptado permitió que la evaluación cumpliera con los plazos establecidos, así como con las necesidades de aprendizaje y rendición de cuentas de la OPS, y sirviera tanto para fines sumativos como formativos.

### **Criterios de la evaluación**

Las preguntas de la evaluación se estructuraron de conformidad con [criterios de evaluación](#) basados en la política de evaluación de la OPS, publicada en el 2021, y en consonancia con los criterios de evaluación del Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

También se incorporó al marco analítico el análisis del valor añadido de la OPS, a fin de reforzar el nivel estratégico del análisis y detectar aquellas áreas en las que el apoyo de la OPS a los Estados Miembros marcó la diferencia.

### **Preguntas y marco de la evaluación**

Toda la evaluación estuvo guiada por las preguntas y el marco de la evaluación, incluida la recopilación de datos y los métodos analíticos. Se examinó la respuesta de la OPS a la COVID-19 en términos de su pertinencia, eficacia, coherencia, coordinación, eficiencia y sostenibilidad.<sup>5</sup>

Durante el proceso de análisis y redacción de este informe, el equipo de la evaluación reformuló ligeramente o combinó algunas de las subpreguntas para evitar la duplicación y mejorar el flujo lógico del documento.

## **1.3. Metodología, limitaciones y consideraciones éticas<sup>6</sup>**

### **Metodología**

El área de evaluación del Departamento de Planificación, Presupuesto y Evaluación (PBE) de la OPS encargó y gestionó la evaluación. Un equipo externo independiente llevó a cabo la evaluación entre mayo y diciembre del 2022.

El diseño de la evaluación combinó dos esferas de indagación principales. La primera correspondió a la evaluación de las acciones de la OPS para colaborar con los Estados Miembros y los asociados a fin de mitigar los efectos de la pandemia. La segunda estaba asociada al criterio de evaluación de eficiencia y tuvo como objetivo evaluar la capacidad de adaptación interna de la OPS para operar en una pandemia. En la evaluación también se exploraron las percepciones internas sobre el desempeño de la OPS entre el

---

5 Las preguntas de la evaluación se presentan en el anexo 3.4. Véase Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

6 La metodología ampliada de la evaluación, las limitaciones y las consideraciones éticas se presentan en el anexo 3. Véase Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

personal de la propia Organización. Además, se consideraron tres niveles de análisis diferentes, aunque interrelacionados: estratégico, operativo y organizacional.<sup>7</sup>

En la evaluación se emplearon métodos combinados para recopilar datos de múltiples fuentes, como se explica a continuación:

1. Revisión documental (alrededor de 100 documentos internos y externos).<sup>8</sup>
2. Entrevistas semiestructuradas con informantes clave (actores internos y externos, y contrapartes a nivel nacional). El equipo de la evaluación realizó 112 entrevistas clave con 124 participantes (58% hombres y 42% mujeres), integrados por personal de la OPS y contrapartes o asociados que trabajaban con la OPS.<sup>9</sup>
3. Se realizaron encuestas en línea con personal de la OPS en todos los niveles de la Organización. La encuesta en línea se envió a los 2290 miembros del personal de la OPS<sup>10</sup> (1363 mujeres y 927 hombres), y 27 encuestados respondieron a través de la aplicación informática Kobo.<sup>11</sup>
4. Se realizó un análisis detallado por país o subregión para explorar algunos aspectos clave. El análisis abarcó seis representaciones en los países (Barbados, Brasil, Guatemala, Haití, México y Perú), el centro logístico regional de Panamá y Barbados como oficina subregional.<sup>12</sup> Se hizo un resumen de los estudios detallados de los países y se elaboraron cronogramas de los eventos importantes durante la pandemia de COVID-19 para cada análisis detallado por país.<sup>13</sup>

---

7 Véase el anexo 3.5 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

8 Véase el anexo 3.6 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

9 En el anexo 3.6 se presentan los detalles sobre los informantes clave entrevistados y en el anexo 4.1, los protocolos de las entrevistas. Véase Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

10 Excepto pasantes, proveedores externos, voluntarios locales y voluntarios de Naciones Unidas.

11 Los datos detallados de las respuestas se presentan en el anexo 3.6; el cuestionario de la encuesta, en el anexo 4.3, y los resultados de la encuesta, en el anexo 6. Véase Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

12 Para obtener información más detallada sobre los criterios de selección de países o subregiones, véase el anexo 3.6 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

13 Véase el anexo 7 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

## Limitaciones

La limitación más importante fue la brevedad del plazo para realizar la evaluación, dada su amplitud. Otros desafíos fueron la rotación del personal gubernamental y de la OPS,<sup>14</sup> lo que limitó parcialmente las respuestas de los informantes clave que participaron durante las primeras etapas de la pandemia; la falta de disponibilidad oportuna de los informantes clave para las entrevistas; las presiones operativas adicionales para los equipos de la OPS (por la respuesta de emergencia para los brotes de poliomielitis y de viruela símica); las dificultades para acceder al personal de los ministerios de salud; y la falta de un marco organizacional específico de seguimiento de la respuesta de emergencia frente a la pandemia de COVID-19, a pesar del gran volumen de información sobre las acciones de la OPS. El mes de agosto fue un período de vacaciones para muchos miembros del personal de la OPS, lo que afectó el proceso de recopilación de datos, en particular de las respuestas a la encuesta.

El equipo de evaluación no pudo realizar una encuesta con el número de representantes de los ministerios de salud que se había previsto en el informe al inicio del proceso. Hubo dificultades para acceder a los funcionarios públicos y, debido a las limitaciones de tiempo, las perspectivas de las contrapartes en el gobierno de los seis países seleccionados para el análisis detallado se recopilaron a partir de entrevistas con informantes clave.

El equipo de la evaluación solo pudo entrevistar a un informante clave de la OMS, lo que afectó la comprensión de las opiniones de la OMS en general y, específicamente, en relación con la coordinación con la OPS durante la respuesta a la pandemia.

## Consideraciones éticas

**Principios de la evaluación.** En la evaluación se adoptaron los principios básicos de la política de la OPS de evaluación, y guarda consonancia con las normas y pautas para la evaluación del 2016 del [Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas \(UNEG\)](#) [en inglés]. El proceso siguió los principios de imparcialidad, independencia, transparencia, credibilidad, beneficencia y profesionalismo, para garantizar la realización de una evaluación de alta calidad.

**Consideraciones éticas.** El equipo de la evaluación siguió las normas y reglamentos de la OPS, y las directrices éticas del 2020 para la evaluación del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas, a fin de cumplir con las obligaciones hacia los encuestados que participaron en la evaluación. En particular, en la evaluación se observó el cumplimiento de las consideraciones éticas pertinentes, para lo cual el Comité de Revisión Ética de la OPS examinó y aprobó los instrumentos de recolección de datos antes de su uso.

---

<sup>14</sup> Las entrevistas con varias representaciones en los países apuntaron a un aumento de la rotación de personal durante la pandemia, aunque no se tienen datos cuantitativos que permitan evaluar su magnitud.



## CAPÍTULO 2

# Resultados de la evaluación

### 2.1 Pertinencia y coherencia

#### 2.1.1 ¿En qué medida se abordaron las prioridades generales de los Estados Miembros en la respuesta de la OPS a la COVID-19 y hubo consonancia con los planes nacionales de respuesta?

**Resumen de los principales resultados:** El mandato de la OPS, la colaboración estrecha con la mayoría de los ministerios de salud de la Región, la experiencia y los conocimientos técnicos en materia de preparación y respuesta ante emergencias, la activación temprana del sistema de gestión de incidentes y la integración en los centros nacionales de operaciones de emergencia permitieron asegurar la consonancia con los planes nacionales de respuesta y vacunación.

La propia naturaleza del trabajo de la OPS y su mandato aseguran la consonancia con las prioridades y estrategias nacionales, tanto en respuesta a las emergencias de salud pública como en las épocas regulares. La OPS y cada Estado Miembro definen y acuerdan de manera periódica las estrategias de cooperación con los países, las cuales han incluido sistemáticamente un componente sobre preparación y respuesta a emergencias de salud pública.<sup>15</sup> Los ministerios de salud y la OPS tienen una cooperación de larga data, dirigida precisamente a fortalecer las capacidades nacionales de preparación y respuesta, que contempla el cumplimiento con el Reglamento Sanitario Internacional del 2005 (RSI 2005) (29, 30). En enero del 2020, el sistema de gestión de incidentes comenzó a apoyar a los ministerios de salud para evaluar la capacidad operativa de los países y elaborar planes de preparación y respuesta, lo que aseguró la consonancia entre la OPS y las autoridades nacionales de salud.

Al inicio de la pandemia, cuando las representaciones de la OPS en los países comenzaron a brindar apoyo a las respuestas nacionales de emergencia, la difusión de la estrategia de la OPS de respuesta y llamado a los donantes proporcionó un marco común de respuesta a la emergencia para la Región. También sirvió de referencia para incorporar el pilar de la salud en los planes de respuesta socioeconómica más amplios de las Naciones Unidas, elaborados en el 2020 por los 25 equipos de las Naciones Unidas en los países de la Región.

---

<sup>15</sup> Como cólera, dengue, enfermedad por el virus del Zika, chikunguña o gripe por H1N1.

Los planes nacionales de respuesta concordaban con la estrategia de respuesta y llamado a los donantes de la OPS, en el marco de los pilares de la OPS/OMS.<sup>16</sup> En general, los planes nacionales de respuesta a emergencias revisados contemplaban funciones relacionadas con la respuesta temprana a la pandemia; la coordinación; los laboratorios nacionales; la prevención y el control de infecciones, y la protección del personal de salud; la gestión de casos, y la vacunación. Los planes nacionales de respuesta a la COVID-19 y los pilares de la OPS/OMS estaban en consonancia y se relacionaban con las prioridades nacionales de salud, incluidos los servicios de salud para los grupos vulnerables, la atención a las enfermedades no transmisibles y los servicios esenciales de salud (31).

Desde una perspectiva organizacional, el 51% del personal de la OPS que participó en las encuestas (430 encuestados) señaló que la respuesta de la OPS frente a la emergencia por la COVID-19 tenía una gran consonancia con los planes nacionales de respuesta de los Estados Miembros, mientras que el 37% (321 encuestados) señaló que tenía cierto grado de consonancia. Solo el 2% (19 encuestados) mencionó que no había consonancia entre el plan de respuesta de la OPS a la COVID-19 y los planes nacionales de respuesta. Además, el 40% del personal de la OPS (341 encuestados) señaló que los planes nacionales de respuesta a la COVID-19 estaban completos y se habían puesto a disposición de la Organización. Durante el primer año de la pandemia, el progreso en cuanto a la finalización y puesta a disposición de los planes nacionales de respuesta a la COVID-19 fue lento.<sup>17, 18</sup>

### ***Colaboración temprana de la OPS con los ministerios de salud e integración en los centros nacionales de operaciones de emergencia***

La OPS se integró a los centros nacionales de operaciones de emergencia desde el inicio de la pandemia. Esto facilitó el trabajo conjunto y la consonancia entre las directrices mundiales y regionales de la OMS y la OPS y las particularidades nacionales. La participación de la OPS en dichos centros nacionales fue importante por dos razones. En primer lugar, permitió difundir la orientación de nivel mundial y la información relacionada con la COVID-19 que iba surgiendo en la Región de las Américas y otras regiones a los Estados Miembros, para fundamentar los análisis nacionales. En segundo lugar, permitió la coordinación de las Naciones Unidas y contribuyó a la estimación inicial de los efectos socioeconómicos y de salud de la pandemia, así como a la elaboración de los planes de respuesta del sistema de las Naciones Unidas en cada país, que también estaban en consonancia con los planes nacionales de respuesta.

En los países donde los representantes de la OPS/OMS tenían una relación estrecha con el ministerio de salud fue fácil establecer un comité de operaciones de emergencia subnacional y que la OPS proporcionara conocimientos técnicos. En algunos países, hubo diferencias de opinión entre la OPS y el gobierno

---

16 Para más información sobre la consonancia con cinco de los países seleccionados para el análisis detallado, véase el anexo 5.1 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

17 Encuesta al personal de la OPS: el 4% consideró que el plan nacional de respuesta a la COVID-19 se finalizó y puso a disposición durante el primer mes de la pandemia; el 8% señaló que fue durante los primeros seis meses, y otro 8%, que fue durante el primer año de la pandemia.

18 Véase el anexo 5.1 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

nacional sobre temas como el uso de mascarillas y tratamientos médicos no aprobados, y las deficiencias en los datos de vigilancia (31-34). Esto dificultó que la OPS apoyara la respuesta nacional (31, 32).

### **Activación del sistema de gestión de incidentes y apoyo para la elaboración y aplicación de los planes nacionales de respuesta**

La activación del sistema de gestión de incidentes de la OPS y de los equipos nacionales de apoyo a la gestión de incidentes a mediados de enero del 2020 contribuyó a que se adoptara una “mentalidad de emergencia” regional y se iniciaran las interacciones con los Estados Miembros. Esto funcionó particularmente bien en los países donde se designó al ministerio de salud como el órgano nacional de coordinación de la emergencia. Los equipos de apoyo a la gestión de incidentes aprovecharon la experiencia adquirida en brotes anteriores y, en particular, utilizaron los planes existentes de preparación para una pandemia de gripe y la autoevaluación de las capacidades del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)<sup>19</sup> para reconocer deficiencias críticas.<sup>20</sup>

### **Consonancia con los planes nacionales de despliegue y vacunación contra la COVID-19**

Durante las etapas avanzadas de la pandemia, la vacunación se convirtió en un pilar dentro del plan de respuesta de la OPS. El plan brindó apoyo para la planificación de la vacunación, la cadena de frío, el cálculo de costos y el financiamiento, la identificación de los grupos destinatarios, las estimaciones de la demanda, la comunicación de riesgos, el despliegue de las vacunas y el seguimiento de la seguridad de las vacunas, entre otros. (35, 36). En julio del 2020, la OPS publicó las [Orientaciones para la planificación de la introducción de la vacuna contra la COVID-19](#), a fin de ayudar a los ministerios de salud para que empezaran a preparar la infraestructura y los componentes fundamentales para la introducción de las vacunas y proporcionar orientación para la elaboración de los planes de vacunación contra la COVID-19 durante todas las fases de la vacunación, incluido el despliegue (36, 37).

## **2.1.2 ¿Cómo se han determinado las necesidades generadas por la pandemia a nivel nacional, subregional y regional?**

**Resumen de los principales resultados:** Las necesidades generadas por la pandemia se determinaron utilizando los sistemas de información salud habituales, investigación *ad hoc*, modelos predictivos epidemiológicos y encuestas, en estrecha coordinación entre los ministerios de salud y la OPS. Sin embargo, la falta de indicadores desglosados de buena calidad necesarios para establecer las prioridades de manera específica y eficaz obstaculizó una evaluación más precisa de las necesidades nacionales. Esto sucedió en particular al evaluar las necesidades de los grupos desatendidos.

19 Informe anual de autoevaluación de los Estados Partes en el Reglamento Sanitario Internacional.

20 “Una respuesta multisectorial para garantizar una vigilancia reforzada, tener servicios de salud con capacidad operativa, prevenir la propagación y mantener los servicios esenciales son intervenciones clave para frenar la transmisión y salvar vidas. Los países de las Américas ya han estado trabajando en estas áreas desde el 2009, como parte de sus planes [de preparación] para la gripe pandémica. La OPS está lista para apoyar a los países para poner en marcha estos planes”. Dra. Carissa F. Etienne, febrero del 2020.

- A medida que la pandemia evolucionaba, las recomendaciones de los organismos internacionales, un mejor conocimiento del virus y su comportamiento, una mayor disponibilidad de datos epidemiológicos y una información más precisa sobre la repercusión socioeconómica de la COVID-19 proporcionaron datos más sólidos para facilitar la toma de decisiones y priorizar las acciones a nivel de país y a nivel regional.
- La participación de la OPS en los centros nacionales de operaciones de emergencia, así como la preparación de las evaluaciones de la capacidad operativa de los países apoyadas por la OPS, fueron fundamentales para brindar una estimación inicial de las necesidades y una indicación de las capacidades nacionales requeridas para la respuesta. La experiencia previa en la respuesta a brotes y el conocimiento de las capacidades nacionales necesarias también facilitaron la preparación de los planes de respuesta. Asimismo, la OPS apoyó la valoración de las necesidades y la capacidad operativa de los países cuando se estaban elaborando los planes nacionales de despliegue y vacunación para la introducción de las vacunas contra la COVID-19.

### ***Estimación de las necesidades iniciales y preparación de planes de respuesta***

La falta de información relacionada con la COVID-19 en las etapas iniciales de la pandemia dificultó la estimación de las necesidades en todas las áreas de la respuesta. Por esa razón, no fue posible contar con políticas de salud pública ni tomar decisiones políticas y técnicas basadas en la evidencia. La mejora gradual en los conocimientos sobre cómo se comportaba el virus y sus efectos contribuyó a que se idearan medidas basadas en la evidencia. Esto ayudó a determinar las necesidades con mayor precisión y a aplicar medidas de prevención y respuesta más adecuadas a las diversas situaciones epidemiológicas y sociales de cada país.

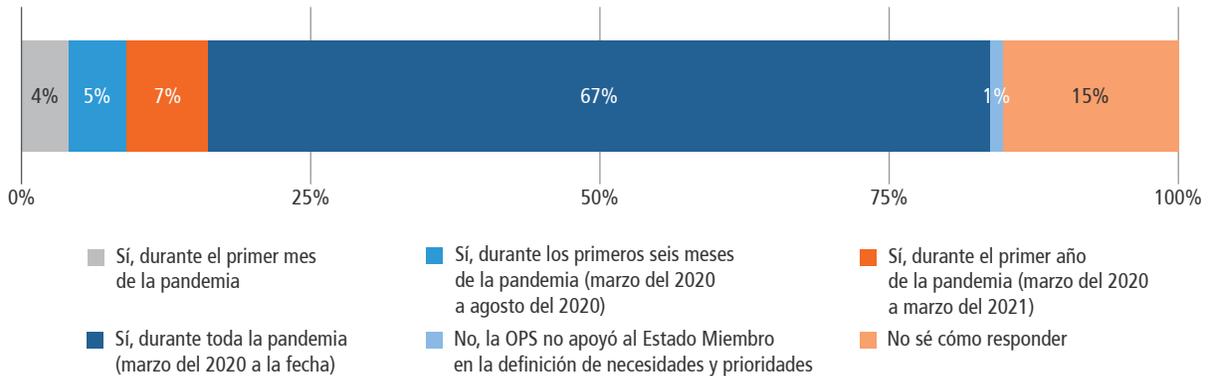
Al comienzo de la respuesta, los sistemas nacionales de salud, con el apoyo de la OPS, optimizaron el uso de los sistemas de información de salud habituales y realizaron encuestas o investigaciones *ad hoc* para comprender los efectos del virus en la población.<sup>21</sup> Utilizaron esta información para gestionar la pandemia, sobre la base de modelos epidemiológicos elaborados por sus propios epidemiólogos (30).

La OPS participó en los mecanismos nacionales de respuesta a la COVID-19 (por ejemplo, los centros de operaciones de emergencia) encargados de formular las estrategias nacionales y los planes de respuesta, que se basaron en los niveles nacionales de transmisión y riesgo (38). La participación de la OPS en los mecanismos nacionales de coordinación de la respuesta a la COVID-19 ayudó a proporcionar información y conocimiento a los ministerios de salud, así como a estimar las necesidades nacionales y definir las prioridades.

<sup>21</sup> Herramientas de elaboración de modelos a nivel poblacional para crear proyecciones sobre cómo podría afectar la pandemia de COVID-19 a los países.

**FIGURA 2**

**Grado en que la OPS apoyó a los Estados Miembros al definir las necesidades y prioridades para responder a la pandemia de COVID-19 (percepciones del personal de la OPS)**



Nota: todas las cifras porcentuales han sido redondeadas al alza.

Fuente: Encuesta de Gallup y Kobo al personal de la OPS como parte de la evaluación de la respuesta de la OPS, 2022.

El personal de la OPS, que participó en la encuesta de Gallup,<sup>22</sup> informó que la OPS prestó apoyo técnico y operativo a los Estados Miembros para definir las necesidades y prioridades a lo largo de las diferentes fases de la pandemia, según el 67% de los encuestados (véase la figura 2). La percepción del personal de la OPS concuerda con los datos cualitativos recopilados por medio de entrevistas con informantes externos.

Si bien todos los planes de respuesta fueron dirigidos y apoyados por los gobiernos nacionales, la mayoría incluía solo un número limitado de indicadores de calidad para el establecimiento efectivo de prioridades (38). En general, la OPS enfrentó desafíos debido a la heterogeneidad de los sistemas y recursos de salud, así como a las altas tasas de desigualdad y los diferentes esquemas de financiamiento de los sistemas de salud, lo que hizo difícil respaldar una estrategia única para la Región (29, 39).

La OPS creó un [geoportal sobre la COVID-19](#) [en inglés] para impulsar una respuesta unificada y proporcionar un sistema de información uniforme y confiable que apoyara la realización de valoraciones de la capacidad operativa y de planes de respuesta a la COVID-19. Esto incluyó la estimación inicial del impacto, la facilitación de la planificación estratégica y las acciones de los ministerios de salud, y la movilización de recursos (40). Al parecer, los países con experiencia en la respuesta a brotes (por ejemplo, de gripe por H1N1, cólera, dengue, enfermedad por el virus del Zika y chikunguña) registraron menos dificultades en la preparación de sus planes de respuesta.

22 Pregunta de la encuesta de Gallup: ¿Brindó la OPS apoyo técnico para ayudar a definir las necesidades y prioridades en los planes nacionales de respuesta a la COVID-19? (569 encuestados).

En 12 países, la OPS brindó apoyo para estimar la expansión requerida en la capacidad hospitalaria, utilizando una lista de verificación de la capacidad operativa hospitalaria (41).

En una etapa posterior de la pandemia, la OPS utilizó datos epidemiológicos, clínicos, de laboratorio y de atención de salud para ayudar a 33 países a completar sus planes nacionales de despliegue y vacunación, y a los 35 Estados Miembros a completar la información solicitada por la herramienta para evaluar la disposición operativa para la introducción de las vacunas (VIRAT, por su sigla en inglés), con un panel de información que proporcionaba una visión general de la capacidad operativa regional (42).

### ***Sistemas de información de salud y recopilación sistemática de datos de salud***

Aunque la OPS brindó apoyo a los países en la recopilación de datos, muchos aún enfrentaban desafíos para proporcionar datos precisos y oportunos por medio de sus sistemas de información de salud (43). Esto se debió a una interoperabilidad insuficiente y a la falta de información sobre las necesidades, así como a deficiencias en la recopilación, transmisión, procesamiento y análisis de los datos, y en la difusión de la información procesada. Además, si bien los países adoptaron algunas medidas para desglosar los datos recopilados para los indicadores de salud, todavía persistían muchas limitaciones. La falta de datos desglosados (por edad, sexo, etnicidad, género, ubicación geográfica, situación migratoria, etc.) limitó la capacidad de los países para priorizar los entornos, detectar las desigualdades e idear intervenciones para abordarlas. Además de enfrentar dificultades para identificar los grupos marginados, como la población indígena en la zona amazónica, y cómo llegar a ellos, los sistemas de recopilación de datos de salud que suelen utilizarse no pudieron detectar ni dar seguimiento a la magnitud de las interrupciones causadas por la pandemia de COVID-19 en los servicios esenciales de salud (44).

En estas circunstancias, la OPS brindó apoyo a los países, en la medida de lo posible, para generar y difundir datos de calidad y realizar análisis para integrar la base de evidencia y aplicar los resultados, mediante su plataforma [Orientación sobre la COVID-19 y últimas investigaciones en las Américas](#).<sup>23</sup> En algunos países, la OPS generaba informes estadísticos diarios sobre la COVID-19 para apoyar a los actores nacionales en sus procesos de análisis y toma de decisiones. Asimismo, en ciertos países, el apoyo de la OPS llegó a las autoridades a nivel subnacional y a otras partes interesadas a nivel provincial, estatal o municipal, como los consejos de salud, que reconocieron cumplidamente tal esfuerzo.

### ***Encuestas e investigación***

La pandemia de COVID-19 aceleró la investigación a nivel nacional, regional y mundial, así como el uso de evidencia para fundamentar la toma de decisiones (45-48). En total, la OPS ha publicado más de 197 directrices y documentos de orientación basados en la evidencia para propiciar una respuesta eficaz frente a la pandemia de COVID-19 (49).

Con objeto de evaluar el impacto de la pandemia y fundamentar las decisiones para prevenir o mitigar sus efectos (por ejemplo, los confinamientos), los gobiernos y las organizaciones realizaron encuestas nacionales, subnacionales y locales, en algunos casos con el apoyo directo de la OPS o como parte del

---

23 OPS/OMS. El público puede consultar las directrices técnicas, las publicaciones científicas y los protocolos de investigaciones en curso en la base de datos técnica de la OPS sobre la COVID-19. Disponible en: <https://covid19-evidence.paho.org/>.

apoyo más amplio del equipo de las Naciones Unidas en el país a las autoridades nacionales. Durante la pandemia, los países adaptaron sus métodos nacionales de recopilación de datos mediante encuestas en los hogares, al cambiar a encuestas telefónicas, usar un cuestionario autoadministrado en la web o combinar la recopilación telefónica de datos en las zonas urbanas con las encuestas en persona en las zonas rurales (50).

La OPS desarrolló herramientas de elaboración de modelos a nivel poblacional en colaboración con la Universidad de las Indias Occidentales, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins.<sup>24</sup> Estos modelos sirvieron de base para el análisis a nivel de país y facilitaron la asignación y movilización de recursos. En algunos casos (por ejemplo, en Brasil), los ministerios de salud desarrollaron sus propias herramientas de modelización, en colaboración con universidades nacionales.

Bajo un enfoque más amplio de las Naciones Unidas, varios organismos de las Naciones Unidas (el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], el Programa Mundial de Alimentos [PMA], la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] y otros), en colaboración con la OPS, ayudaron a los países a generar evidencia sobre los efectos socioeconómicos de la pandemia (51, 52). El objetivo era determinar las necesidades en materia de salud, así como evaluar las prioridades socioeconómicas derivadas del impacto de la pandemia.

### **2.1.3 ¿Hasta qué punto la respuesta de la OPS ha incluido medidas para garantizar la equidad en la respuesta nacional de los Estados Miembros?**

**Resumen de los principales resultados:** La OPS planificó una respuesta equitativa y promovió medidas destinadas a reducir las barreras de acceso para los grupos vulnerables o las zonas desatendidas, y a distribuir las vacunas contra la COVID-19 a los más necesitados.

- La OPS proporcionó orientación técnica a los ministerios de salud para llegar a todos los territorios y grupos de población, y para adaptar las intervenciones nacionales a los diversos contextos geográficos, sociales y culturales. Esto incluyó a quienes enfrentaban un mayor riesgo, que de por sí enfrentaban barreras para acceder a la atención de salud. Sin embargo, las actividades encaminadas a abogar por la salud y otras acciones emprendidas por la OPS para garantizar una respuesta equitativa se vieron entorpecidas por la situación desbordada en materia de salud, las persistentes desigualdades en la Región y el acceso limitado a los recursos, especialmente a las vacunas.

La mayoría del personal encuestado de la OPS (el 78%, 651 encuestados) señaló que la Organización con frecuencia pugnó por la equidad en materia salud en la respuesta de los países a la COVID-19, pero solo el 28% (237 encuestados) consideró que estos esfuerzos habían sido totalmente exitosos, y

---

24 Por ejemplo: Organización Panamericana de la Salud. Estimación del tamaño de los grupos poblacionales con un riesgo alto de muerte por COVID-19 en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54406>.

el 47% (394 encuestados) los consideraron parcialmente exitosa.<sup>25</sup> Varios informantes mencionaron que, durante los momentos críticos de la pandemia (por ejemplo, al inicio de la pandemia en la Región o durante las olas sucesivas), los países no pudieron centrarse en lograr la equidad, sino más bien en reducir la mortalidad. En general, la respuesta se centró en los efectos directos de la COVID-19, mas no en abordar las desigualdades preexistentes y los determinantes sociales de la salud que exacerbaron el impacto de la crisis entre los grupos vulnerables.

### **Marco de equidad de la OPS**

Las medidas para abordar las desigualdades enfrentaron los mismos desafíos que ya existían en la Región antes de la pandemia (18, 53). A pesar del marco existente desarrollado por la OPS/OMS para promover la equidad antes y durante la respuesta a la COVID-19, y del compromiso unánime de los países con las políticas de salud centradas en la equidad, los planes nacionales de salud existentes a menudo excluían a los grupos vulnerables, en especial las personas migrantes, romaníes, de la comunidad lesbiana, gay, bisexual, transgénero, *queer* y de otras orientaciones de género (LGBTQ+), y afrodescendientes (54-57).

La Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural de la OPS (EGC) elaboró directrices para la prevención de la COVID-19 dirigidas específicamente a mujeres, personas indígenas y jóvenes. Aunque no se ha realizado un análisis sistemático de todos los planes nacionales de acción para responder a la COVID-19, en la revisión de estos planes para los estudios de caso de países se observó que Haití, México y Perú se referían específicamente en ellos a las mujeres, la población infantil y adolescente, y los grupos vulnerables.

### **Respuesta a los niveles subnacionales y en zonas remotas**

La OPS brindó cooperación técnica al cubrir zonas o territorios subnacionales que carecían de recursos. En Haití, por ejemplo, si bien la respuesta nacional a la pandemia se centró en Puerto Príncipe, la capital, la OPS apoyó a otras zonas, integrando la respuesta con las autoridades subnacionales, los epidemiólogos y la comunidad local. También en Haití, el personal de enfermería del proyecto labo-moto apoyó la toma de muestras de casos presuntos de COVID-19, lo que brindó apoyo para el diagnóstico y la vigilancia en zonas remotas (24, 58).

Las existencias para fines de logística se distribuyeron en los países más necesitados, como Haití, Panamá, República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela. En Perú, la OPS apoyó en la distribución de equipos y suministros para hospitales de las zonas más pobladas o que atienden a zonas urbanas y grupos de población marginados.

---

25 Véase el anexo 5.1 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

La OPS utilizó plataformas en línea, televisión y estaciones de radio comunitarias para llevar a cabo campañas de comunicación de riesgos en toda la Región, incluso en las zonas remotas (59-61).<sup>26</sup>

### **Grupos poblacionales vulnerables**

Las representaciones de la OPS en los países trabajaron directamente con los gobiernos subnacionales en las zonas con mayores vulnerabilidades. En el departamento de Áncash (Perú), la OPS se asoció con el PMA y con la Compañía Minera Antamina para mitigar los efectos de la COVID-19 entre la población, en su mayoría mineros, al aumentar la capacidad de vigilancia y atención de los casos de COVID-19, facilitar el acceso a los alimentos a los pacientes con COVID-19 que estaban en cuarentena, y mejorar la capacidad de seguimiento, atención y derivación de casos probables o confirmados en el primer nivel de atención de salud (62). En la Amazonía, la OPS estuvo presente durante más de tres meses, en colaboración directa con las autoridades subnacionales, suministrando personal, pruebas de diagnóstico rápido y apoyo en el terreno para la asistencia de salud y la gestión de la salud (63, 64).

La pandemia de COVID-19 ha tenido una considerable repercusión en el personal doméstico, que soporta una triple carga: en su mayoría son mujeres (75%), muchas son migrantes y trabajan principalmente en el sector informal (65, 66). Se estima que el 66% de las trabajadoras domésticas de la Región han perdido su empleo o reducido sus horas de trabajo debido a la pandemia (67). En Guatemala, se adoptaron políticas de protección que apoyan al personal doméstico, que sirvieron como ejemplo para la Región.

Para los grupos más afectados, la OPS formuló un protocolo específico de vigilancia de la COVID-19 (65). En Brasil, la OPS desarrolló una herramienta para reducir los riesgos de la pandemia de COVID-19 en el sistema penitenciario y mejorar la toma de decisiones (61).

### **Respuesta a la COVID-19 por género**

En la Región de las Américas, la pandemia de COVID-19 afectó desproporcionadamente a las mujeres (68). Esto se debió a la alta proporción de mujeres entre el personal de enfermería (86%), que estuvieron en primera línea durante la respuesta; la creciente demanda de funciones de cuidado durante la pandemia; la mayor exposición a la violencia doméstica durante los confinamientos; el aumento del desempleo, ya que las mujeres trabajan con mayor frecuencia en el sector informal; y el temor de contraer la infección o transmitirla a sus seres queridos, que afectó sobremanera la salud mental de las mujeres (17, 69).

La OPS realizó un análisis de salud por género, que reconoció brechas de información y falta de bases de datos con una perspectiva de género. Los resultados mostraron que los países con marcos institucionales débiles en materia de políticas de género pasaron por alto la perspectiva de género en su respuesta y no le dieron un enfoque ni una respuesta oportunos y con perspectiva de género a las emergencias y desastres (70, 71).

---

<sup>26</sup> La OPS utilizó Facebook para facilitar las conversaciones entre los expertos en salud y la comunidad. Sin embargo, las deficiencias en el acceso a las tecnologías y las barreras de conectividad en las zonas rurales y desatendidas (por ejemplo, el Gran Chaco Americano) o en los grupos de población vulnerables pueden haber limitado el efecto de estas iniciativas.



La OPS respondió al aumento de la violencia doméstica con una mayor cooperación técnica para mejorar los servicios de respuesta a las víctimas; contribuir a las políticas, protocolos y estrategias relacionados con el tema; crear conciencia y realizar actividades de capacitación (72).<sup>27</sup>

La OPS, en colaboración con la organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ONU Mujeres), promovió la equidad de género mediante la impartición de cursos virtuales sobre igualdad de género en la acción humanitaria y realizó encuestas nacionales sobre la violencia contra las mujeres.<sup>28</sup> En el Caribe, la OPS también ofreció capacitación sobre las respuestas del sistema de salud basadas en evidencia a sobrevivientes de la violencia sexual y de pareja.

A pesar de las intervenciones llevadas a cabo, los planes de preparación ante una pandemia no contemplaban la perspectiva de género, y durante las entrevistas no se mencionaron con frecuencia iniciativas particulares en materia de género, ni la asignación de un presupuesto específico.

---

27 En consonancia con: Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (documento CD54/9, Rev. 2). 54.º Consejo Directivo, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 28 de septiembre al 4 de octubre del 2015. Washington, D.C.: OPS; 2015. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-9-s.pdf>.

28 Las encuestas se realizaron en Bahamas, Barbados, Guyana, las Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Suriname, y Trinidad y Tabago.

### **Respuesta culturalmente inclusiva**

El apoyo de la OPS a los ministerios de salud para adaptar las respuestas nacionales frente a la COVID-19 a la diversidad sociocultural subnacional se enriqueció gracias a décadas de trabajo de la OPS en relación con la salud de los grupos indígenas (73). Por ejemplo, en Guatemala, la OPS colaboró con un equipo de investigación antropológica externo, que exploró las barreras culturales que dificultaban el rastreo de contactos y la vacunación (74).

### **Movilidad humana**

El cierre de las fronteras contribuyó a que se señalara a las personas refugiadas y migrantes como una fuente de contagio de COVID-19, lo que aumentó su estigmatización y los riesgos para su salud (75). La OPS, en asociación con el Banco Mundial, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana y la Universidad Johns Hopkins, realizó actividades conjuntas y formuló propuestas de financiamiento para abordar la salud de las personas migrantes. En Brasil, la OPS apoyó específicamente la vigilancia en los puntos de entrada, incluidas las personas en movimiento, y en México, la OPS y la OIM elaboraron materiales de comunicación sobre la prevención de la COVID-19 y el derecho a la salud, para su empleo en los puntos de atención de los grupos migrantes e itinerantes (49).

Los esfuerzos conjuntos de promoción de la causa por parte de la OPS, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la OIM lograron que se vacunara a las personas migrantes varadas o las que llegaban a las fronteras, así como a las personas solicitantes de asilo y refugiadas (76). Si bien el acceso a la vacunación contra la COVID-19 para la población migrante fue razonablemente exitoso en varios países de la Región, hay evidencia que indica que las personas migrantes enfrentaron barreras persistentes para acceder a los servicios de salud (77).

### **Vacunación equitativa contra la COVID-19**

La OPS emitió directrices para priorizar la distribución de vacunas en los grupos vulnerables, sobre la base de criterios epidemiológicos. Varios informantes mencionaron el efecto positivo que tuvo la orientación técnica de la OPS para ayudar a los Estados Miembros a reconocer a los grupos más vulnerables, a los que se debía vacunar en primer término. En Brasil, la OPS contribuyó a la logística necesaria para distribuir las vacunas a ciertos municipios, de modo que se diera prioridad y se vacunara a los grupos de más alto riesgo (78).

La OPS contribuyó al diseño del Mecanismo COVAX y a la compra de vacunas en la Región de las Américas por medio del Fondo Rotatorio (79).<sup>29</sup> A pesar de sus buenas intenciones, el Mecanismo COVAX no tuvo el éxito previsto (17, 80-82). En este contexto, la OPS trató de facilitar la comunicación entre los Estados Miembros y COVAX. Para agosto del 2021, como respuesta al retraso en la cobertura de la vacunación en la Región, la OPS anunció que utilizaría su Fondo Rotatorio para ayudar a que los países tuvieran acceso a vacunas para más del 20% de la población de la Región, que era el

---

29 Véase el anexo 5.1 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

compromiso de COVAX (83). La OPS también contribuyó a la distribución de vacunas donadas a los grupos más vulnerables en toda América Latina y el Caribe (84).

### **Apoyo de la OPS a las medidas de protección social**

La OPS ayudó a los países a poner en marcha estrategias de protección financiera, como la eliminación de los cobros por el tratamiento en los establecimientos públicos de salud, para permitir un acceso mayor y más equitativo a los servicios de salud necesarios para responder a la COVID-19, en consonancia con el documento sobre prioridades para la respuesta en materia de financiamiento de la salud frente a la COVID-19 (85).

#### **2.1.4 ¿Qué líneas estratégicas de acción o modalidades de cooperación de la OPS<sup>30</sup> aplicadas durante la respuesta a la pandemia fueron consideradas las más relevantes por los Estados Miembros y otros asociados locales de los países?**

**Resumen de los principales resultados:** La modalidad de cooperación que ocupó el primer lugar fue la asistencia técnica,<sup>31</sup> cuya calidad también reconocieron los informantes externos. Los aspectos logísticos y la cadena de suministro son otras de las modalidades de cooperación mejor calificadas, seguidas por la educación y la capacitación. En cambio, la cooperación Sur-Sur y triangular recibió la calificación más baja, lo que probablemente refleja el deterioro de la solidaridad y la cooperación regionales durante la pandemia.

En la figura 3 se muestran las percepciones sobre el nivel de asistencia proporcionada por la OPS a los ministerios de salud, mediante ocho modalidades principales de cooperación. La asistencia técnica se consideró la más destacada, según lo mencionado en las encuestas al personal de la OPS. Esta observación concuerda con numerosas entrevistas internas y externas, con el mandato de la OPS y con décadas de trabajo conjunto con las contrapartes a nivel nacional. Entre las modalidades de cooperación mejor clasificadas figuraron la logística y las cadenas de suministro; la formación y capacitación de los profesionales de salud de los países; la movilización de recursos; y la inteligencia epidemiológica.

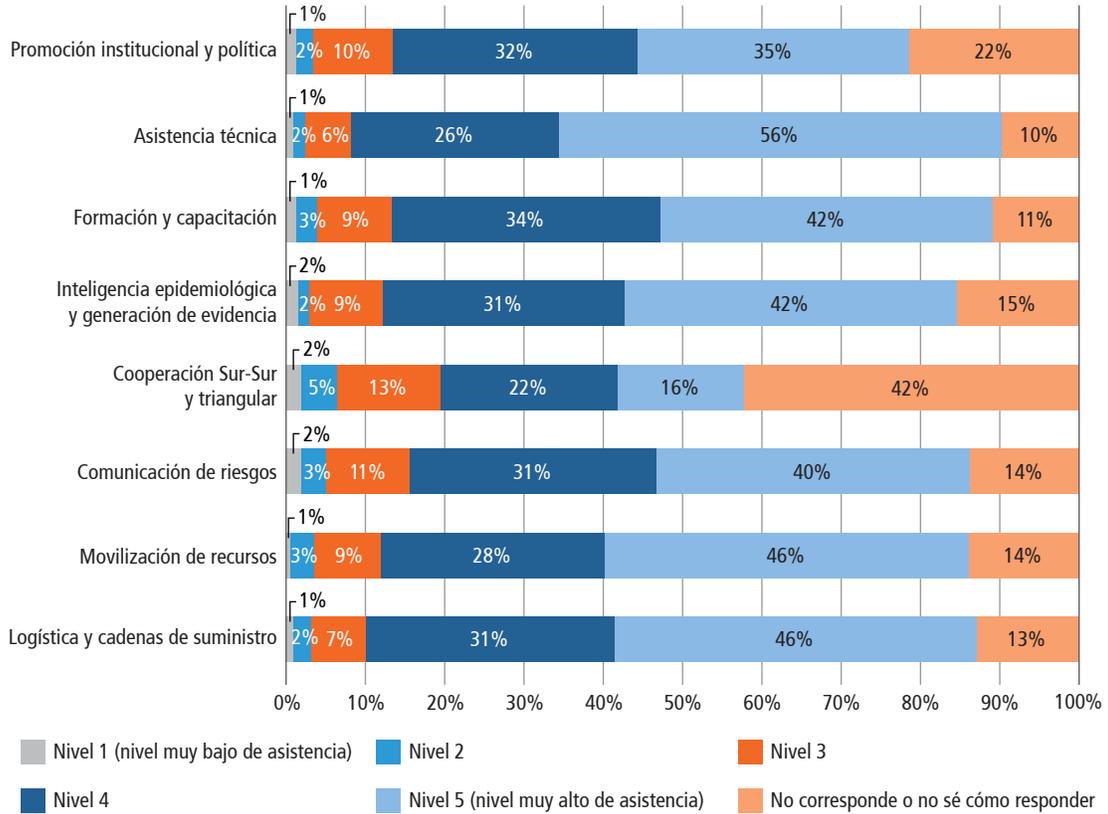
Como indicaron los entrevistados, durante la respuesta se prestó menos asistencia mediante la modalidad de cooperación Sur-Sur y triangular. Esta observación concuerda con las percepciones sobre

30 El equipo de la evaluación de la respuesta de la OPS a la COVID-19 definió la modalidad de cooperación como una actividad realizada y apoyada por la OPS como parte de su función de cooperación técnica, sobre la base de los resultados del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, para evaluar el logro de los objetivos de la estrategia de respuesta a la COVID-19 y el llamamiento a los donantes. Dichas modalidades de cooperación son la promoción institucional y política; la asistencia técnica; la formación y capacitación; la inteligencia epidemiológica y generación de evidencia; la cooperación Sur-Sur y triangular; la comunicación de riesgos; la movilización de recursos; y la logística y cadenas de suministro.

31 Aunque en la evaluación de la respuesta de la OPS el equipo de evaluación utilizó indistintamente los términos "asistencia técnica" y "cooperación técnica", para efectos de la encuesta la asistencia técnica se define como la transferencia de conocimientos y habilidades por parte de la OPS (ya sea por un equipo, miembro del personal o consultor) a un Estado Miembro para alcanzar sus objetivos de salud. Fuente: Alleyne G. Toward a taxonomy of technical cooperation in health. PAHO Bulletin. 1991;25(4):356–366.

**FIGURA 3**

**Percepciones del personal de la OPS con respecto al nivel de asistencia que prestó la OPS en todas sus áreas de cooperación (modalidades de cooperación)**



*Nota:* todas las cifras porcentuales han sido redondeadas al alza.

*Fuente:* Encuesta de Gallup y Kobo al personal de la OPS como parte de la evaluación de la respuesta de la OPS, 2022.

el escaso nivel de panamericanismo que ha caracterizado la respuesta a la pandemia en la Región de las Américas. La comunicación de riesgos se calificó más abajo que otras modalidades de cooperación, lo que quizá refleje los desafíos que enfrentaron los miembros del personal de la OPS al desempeñar funciones para las cuales no estaban preparados, como se señaló durante las entrevistas.

**2.1.5 ¿Cómo ha adaptado la OPS su respuesta durante las diversas fases de la pandemia?**

**Resumen de los principales resultados:** La OPS adaptó su respuesta a nivel programático y organizacional durante las diversas fases de la respuesta. Esto permitió a la Organización operar en un contexto sin precedentes, con desafíos de salud en constante cambio y la aparición de necesidades apremiantes.

- A nivel programático, fue necesaria una reestructuración considerable de la mayoría de los programas de salud, lo que incluyó la reasignación de recursos humanos, nuevos métodos para la comunicación de riesgos y estrategias innovadoras de vacunación.
- A nivel organizacional, se activó el sistema de gestión de incidentes, se adaptó su estructura progresivamente y el personal de la OPS tuvo que asumir funciones nuevas y adicionales. El Campus Virtual de Salud Pública se amplió para capacitar también al personal de la OPS. Se establecieron nuevas relaciones con los donantes y se formaron nuevas alianzas y asociaciones. Se aceleró la transformación digital y se modificaron algunos procedimientos internos.

Para mediados de enero del 2020, la OPS ya había activado una respuesta de toda la Organización (por medio del sistema de gestión de incidentes) para brindar cooperación técnica a los Estados Miembros y ayudar a enfrentar el impacto de la pandemia. El organigrama del sistema de gestión de incidentes se modificó rápidamente, al ampliarse tanto el número de puestos (más de 60 profesionales) como sus responsabilidades. En el curso del despliegue de la vacunación contra la COVID-19, en julio del 2021, se actualizó el sistema de gestión de incidentes, con un grupo de trabajo dedicado específicamente a la vacunación, un equipo de compras y el Fondo Rotatorio para apoyar las medidas de vacunación en los países (86).

La activación temprana y efectiva del sistema de gestión de incidentes se complementó con los equipos de apoyo a la gestión de incidentes a nivel nacional, que incrementaron la preparación y las capacidades de respuesta de los países. A diferencia de otras regiones, los equipos de apoyo a la gestión de incidentes estaban compuestos por profesionales nacionales, lo que acrecentó la capacidad para hacer frente a un aumento súbito de la demanda y atender a los grupos de población o localidades desfavorecidos, sin necesidad de depender de profesionales internacionales.

La pandemia de COVID-19 planteó un escenario totalmente nuevo incluso para una estructura como el sistema de gestión de incidentes, que se concibió y se preparó específicamente para responder a emergencias de salud. A pesar de contar con una estructura y recursos consolidados, la activación de este sistema y su intenso trabajo durante más de dos años generaron discordia dentro de la Organización. La capacidad del sistema de recurrir a personal de otras unidades de la OPS generó desequilibrios y fricciones entre ellas.

En ocasiones, el personal asignado al equipo de apoyo a la gestión de incidentes no percibía la respuesta de emergencia como parte de sus funciones. Además, las exigencias de trabajar en una crisis pandémica prolongada (como la dedicación y el grado de esfuerzo, los horarios extendidos, la presencia en la Sede) no se reflejaban formalmente en las descripciones de los puestos, las nuevas funciones asumidas ni las condiciones de trabajo. Por otra parte, se ofrecieron incentivos (como vacaciones) a todo el personal de la OPS, aunque no todos habían trabajado para la respuesta a la pandemia, lo que produjo desequilibrios internos.

Las representaciones en los países reaccionaron rápidamente a la pandemia mediante la creación de equipos de emergencia, tanto con personal asignado de la Sede como contratado localmente. Los equipos locales tuvieron que adaptar sus acciones a las condiciones epidemiológicas, así como a la situación institucional y política. Algunas representaciones reaccionaron antes de que la pandemia llegara a sus países, como la de Brasil, donde la representación creó una unidad de emergencia y nombró un administrador de incidentes de antemano.

Durante la pandemia se adaptaron varios aspectos de la función regular de la OPS. El personal de las representaciones en los países tuvo que asumir nuevas funciones, como las de voceros o encargados de proyectos. En México, el personal de la OPS se presentaba con frecuencia en los medios de comunicación locales para transmitir información a la población en general, y en Guatemala, los epidemiólogos participaron en la formulación de presupuestos y la contratación de personal. Debido a las restricciones para viajar, el personal de las representaciones redujo sus viajes e integró varias tareas en un solo viaje. Sin embargo, en algunas representaciones, el personal de la OPS no aceptó bien la estrategia de respuesta. En Perú, algunos consultores internacionales se negaron a participar en la respuesta de emergencia porque no estaba dentro de los términos de su contrato.

Las estrategias de comunicación de riesgos se revisaron y mejoraron en respuesta a la situación cambiante, para abordar la incertidumbre y el miedo entre el público. En México, la representación elaboró un informe interno semanal sobre las percepciones públicas, la credibilidad de las autoridades y la confianza en ellas, así como la respuesta comportamental y social a las medidas de mitigación, todo lo cual sirvió para orientar y modular la estrategia de comunicación de riesgos en el país.

La OPS tuvo que ser innovadora y comenzó a apoyar la vacunación en bancos, espacios abiertos y unidades móviles de vacunación. Se utilizaron las redes sociales y personas influyentes en redes sociales, como los líderes religiosos, para difundir información, pero también para comprender las necesidades, los temores y las creencias de las personas con respecto a la vacunación. Se creó un nuevo grupo interdisciplinario de expertos sobre comunicación de riesgos, ya que las nuevas vacunas requerían información dirigida para evitar una infodemia. La OPS apoyó la investigación sobre la reticencia a la vacunación mediante estudios antropológicos en Guatemala (74). Además de proporcionar dosis de vacunas contra la COVID-19 para complementar el suministro del Mecanismo COVAX, la OPS participó en operaciones relacionadas con donaciones y negociaciones bilaterales (83).

Las inversiones anteriores de la OPS en digitalización (por ejemplo, iniciativas hacia una organización sin consumo de papel) y en nuevas tecnologías permitieron una transición rápida al teletrabajo, aunque se han reconocido notables diferencias en la disponibilidad y el acceso a las tecnologías entre la Sede y las representaciones en los países.

En general, el desarrollo de las tecnologías y de formas virtuales de trabajar ha marcado la diferencia (por ejemplo, telesalud; reuniones de los cuerpos directivos mediante plataformas de videoconferencias; coordinación operativa de la respuesta a la crisis entre la Sede, las representaciones en los países y los actores externos; el Campus Virtual de Salud Pública; seguimiento remoto y atención clínica de los pacientes con COVID-19; simplificación de los procedimientos administrativos y firmas electrónicas).

La OPS decidió ampliar una modalidad de teletrabajo existente en la Sede y en las representaciones en los países como parte de la política de deber de cuidado (87).

La OPS amplió el Campus Virtual de Salud Pública para abordar la necesidad de capacitación para emergencias. Aproximadamente el 43% del personal encuestado de la OPS informó haber recibido formación y capacitación por parte de la OPS para poner en marcha los planes nacionales de respuesta a la COVID-19, y el 44% recibió material o apoyo técnico de la Organización. Alrededor del 90% de quienes recibieron este apoyo lo consideraron útil.<sup>32</sup>

La OPS adaptó su respuesta al suscribir acuerdos con nuevos asociados y proveedores, como DHL y FedEx, y organizaciones no gubernamentales (ONG), como Direct Relief, y estableció una oficina en China para negociar con los productores locales, a fin de acelerar la compra y distribución de suministros. Además, se subcontrataron servicios de transporte locales y privados para prestar asistencia médica a cualquier miembro del personal de la OPS que la requiriera, como parte de la política de deber de cuidado.

La OPS se convirtió en el organismo con la mayor capacidad para movilizar los recursos existentes y los aspectos logísticos en el Depósito de Suministros Humanitarios de las Naciones Unidas en Panamá, en especial durante el 2021.

En términos de recursos financieros, la OPS se adaptó a las dificultades económicas durante la crisis para garantizar la continuidad de los programas (88, 89). De julio del 2020 a junio del 2021, la OPS movilizó un total de US\$ 270,3 millones y firmó acuerdos con 25 nuevos asociados para el financiamiento, entre los que había fundaciones, organizaciones benéficas públicas, instituciones académicas y organismos para el desarrollo. De julio del 2021 a junio del 2022, la OPS recibió US\$ 309,2 millones en contribuciones voluntarias de diversos gobiernos, fundaciones, organizaciones benéficas públicas y organismos para el desarrollo.<sup>33</sup>

La OPS creó procedimientos internos para acelerar los procesos financieros y administrativos, y mejorar la gestión administrativa y presupuestaria de forma remota.<sup>34</sup> Durante una emergencia grave, la OPS se

---

32 El 27% de los encuestados mencionaron que no sabían cómo responder si recibieron material o apoyo técnico de la OPS que no estaba contemplado en el plan nacional de respuesta a la COVID-19, tal vez porque no participaron en su implementación. Lo mismo ocurrió con la pregunta sobre haber recibido formación y capacitación de la OPS para implementar el plan nacional de respuesta a la COVID-19, la cual el 27% no supo cómo responder.

33 Los asociados son: Gobierno de Belice; Gobierno de las Islas Turcas y Caicos; Ministerio de Salud de España; Departamento de Estado de Estados Unidos; Ministerio de Relaciones Internacionales y de la Francofonía del Gobierno de Québec; Departamento de Salud del Estado de Amazonas (Brasil); Departamento de Salud del Distrito Federal (Brasil); Departamento de Salud de Mato Grosso do Sul (Brasil); Departamento de Salud de Rio de Janeiro (Brasil); Departamento de Salud de Santa Catarina (Brasil); Unitaidd; MiracleFeet; Resolve to Save Lives; The Fred Hollows Foundation; la Fundación Ford; y la Fundación MAPFRE.

34 Por ejemplo: reducción del número de aprobaciones para las compras; procedimientos descentralizados para los centros de costos; una nueva categoría de punto focal en los centros de costos; nuevas herramientas, e informes automatizados para vigilar la aplicación de los fondos. La evaluación de la respuesta de la OPS destaca los aspectos y procedimientos financieros de particular interés sobre la base de una revisión documental, complementada con los datos obtenidos mediante entrevistas y encuestas. Cabe destacar que una evaluación sistemática de los procedimientos financieros y administrativos internos introducidos o adaptados para funcionar durante la pandemia está fuera del alcance de la evaluación de la respuesta de la OPS.

vio en la necesidad de transformar su modo habitual de operación e introducir cambios en los sistemas, herramientas y procedimientos para continuar operando bajo circunstancias excepcionales. La OPS asumió ciertos riesgos para operar en medio de una emergencia, como las compras en una situación de flujo de caja restringido. Los frenos y contrapesos habituales que permiten controlar y auditar la gestión financiera y presupuestaria se tuvieron que ajustar para garantizar la oportunidad y eficiencia de la respuesta de la OPS ante la emergencia.

La adopción de un enfoque flexible para determinados procedimientos se acompañó a su vez del reforzamiento de mecanismos de control mejor adaptados para servir en condiciones de emergencia (por ejemplo, la supervisión financiera *a posteriori*). A pesar de las adaptaciones que hicieron posible ajustar ciertas áreas de la gestión y le permitieron a la OPS funcionar en una modalidad de emergencia, las demoras en las respuestas y la toma de decisiones, las limitaciones en la contratación o la falta de flexibilidad en algunos procedimientos administrativos obstaculizaron la oportunidad y eficiencia de la respuesta (30).

## 2.2 Eficacia

### 2.2.1 ¿En qué medida la respuesta de la OPS a la COVID-19 logró los resultados previstos (incluidas las capacidades demostradas para ajustar sus objetivos de conformidad con los cambios en las circunstancias, contextos y supuestos)?

**Resumen de los principales resultados:** La OPS ajustó su respuesta según la situación cambiante de la pandemia en la Región, y adoptó medidas para apoyar a los ministerios de salud en relación con todos los pilares del plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19. Esto se hizo con una intensidad variable y teniendo en cuenta los contextos nacionales y los recursos asignados a cada pilar.

- Los pilares mejor calificados del plan estratégico de preparación y respuesta de la OPS fueron: a) la vacunación; b) el apoyo operativo, los aspectos logísticos y las cadenas de suministro; c) la coordinación, la planificación, el financiamiento y el seguimiento; d) la vigilancia, los equipos de respuesta rápida e investigación de casos; y e) la prevención y el control de infecciones, y la protección del personal de salud. Sin embargo, actores externos expresaron críticas con respecto a la vacunación, debido a las dificultades para obtener un acceso amplio y oportuno a las vacunas contra la COVID-19.
- El marco de seguimiento del plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19 tenía ante todo la finalidad de apoyar el seguimiento de las medidas nacionales de respuesta, permitir la consolidación de datos a nivel subregional, regional y mundial, y fundamentar el análisis de los datos y la toma de decisiones. Sin embargo, no se había previsto utilizarlo para evaluar el desempeño de la OPS en su función de brindar apoyo técnico a los países.

- El personal de la OPS expresó una opinión generalmente positiva del desempeño de la Organización durante la pandemia. No obstante, las opiniones entre las contrapartes a nivel nacional y los asociados variaron en relación con algunos aspectos fundamentales del desempeño de la OPS (por ejemplo, aspectos administrativos y logísticos, retrasos en la toma de decisiones, capacidad operativa a nivel de país, diálogo sobre políticas, gestión de la comunicación, presentación de informes).

La OMS definió el primer marco de seguimiento del plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19 al comienzo de la pandemia, estructurado en torno a nueve pilares. En el 2021, se actualizó para incluir el décimo pilar, la vacunación contra la COVID-19 y la investigación e innovación como un ámbito transversal.<sup>35</sup> Dicho marco de seguimiento estableció el enfoque y los métodos para dar seguimiento y presentar informes sobre el progreso mundial en relación con el plan estratégico del 2021, y sirvió de referencia para todas las regiones de la OMS, así como para los países, las Naciones Unidas y otras organizaciones.

En consonancia con la orientación mundial de la OMS, la OPS presentó su primer plan regional de respuesta y llamado a los donantes el 5 de marzo del 2020, el cual se actualizó dos veces durante el 2020 y nuevamente en el 2021. La OPS ajustó su estrategia de respuesta sobre la base del comportamiento de la pandemia en la Región, de conformidad con las directrices mundiales de la OMS, como se refleja en las cinco versiones del plan estratégico de preparación y respuesta elaboradas entre el 2020 y el 2022. Los ajustes al plan fueron más frecuentes durante el primer año de la pandemia, debido a la falta de conocimiento sobre el virus, la poca información científica disponible y el impacto desigual entre los países de la Región. En el 2021, el plan de respuesta se ajustó para concentrar los esfuerzos en la vacunación masiva contra la COVID-19. Luego, en el 2022, el plan se actualizó para dirigir los esfuerzos de los países a terminar con la pandemia en la Región, proponiendo diferentes escenarios.

En este plan de respuesta regional se definieron un objetivo general (brindar apoyo a los Estados Miembros en la Región de las Américas en la preparación y respuesta a los brotes de COVID-19) y dos objetivos específicos: 1) salvar vidas y proteger a las personas y los grupos que enfrentan las vulnerabilidades más graves, incluidos los trabajadores de salud; y 2) limitar la transmisión de persona a persona y reducir las infecciones secundarias entre contactos cercanos, a fin de frenar la propagación de la enfermedad. Si bien el objetivo general estaba relacionado directamente con el mandato y la función de la OPS, los objetivos específicos se mantuvieron dentro del alcance de la actuación de los países, aun cuando la OPS brindaba apoyo a las respuestas nacionales. La evaluación pudo documentar y examinar las acciones de la OPS para lograr el objetivo general, pero la evaluación de la respuesta a nivel de los países quedó fuera de su alcance.

---

35 Véase el anexo 5.3 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

En términos de planificación estratégica institucional, el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 contiene tres resultados relacionados con emergencias de salud: preparación ante las emergencias de salud y reducción de los riesgos (resultado intermedio 23); prevención y control de epidemias y pandemias (resultado intermedio 24); y detección y respuesta a las emergencias de salud (resultado intermedio 25). También contempla dos cláusulas para desarrollar la preparación de los países, sobre la base del trabajo interprogramático dentro de la Organización y la activación de mecanismos de respuesta de emergencia.

A nivel institucional, la evaluación de los objetivos previstos del plan estratégico 2020-2025 mostró que están en vías de alcanzarse aproximadamente el 17% de las metas (6 de 35) en el nivel de impacto para el 2025 (44). A nivel de los resultados intermedios, hubo un importante progreso colectivo, dado que se alcanzaron el 60% (17 de 28) de los objetivos previstos para el bienio 2020-2021. Sin embargo, para finales del 2021, el progreso colectivo de la Región se vio afectado y solo se alcanzaron el 25% (26 de 105) de las metas a nivel de los resultados intermedios y el 19% (28 de 148) de las metas a nivel de los resultados inmediatos. La detección y respuesta a las emergencias de salud (resultado intermedio 25) recibió la mayor cantidad de fondos para la COVID-19.<sup>36</sup>

La pandemia ha afectado el logro de algunas metas a nivel de país de los resultados inmediatos e intermedios del Plan Estratégico 2020-2025, debido a que se modificaron las prioridades de las áreas de trabajo en respuesta a la pandemia. El progreso en el logro de los resultados intermedios del Plan Estratégico 2020-2025 se ha visto afectado por el escaso compromiso político para abordar ciertas áreas prioritarias de la salud pública; la poca o nula acción intersectorial; las debilidades en los sistemas de información; el progreso insuficiente en la tarea de abordar las inequidades en materia de salud; la limitada capacidad institucional; y la escasez de recursos humanos y económicos, debido en parte a la competencia con otras prioridades de las agendas regionales y nacionales. El cambio repentino en las prioridades de salud pública significó que algunas áreas no recibieran la atención o los recursos necesarios, como se refleja en algunos resultados intermedios, en los cuales los objetivos solo se cumplieron parcialmente o no se cumplieron en absoluto. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 también ha impulsado una mejora de las funciones de salud pública, en particular las que se requieren para la respuesta a las emergencias de salud pública.

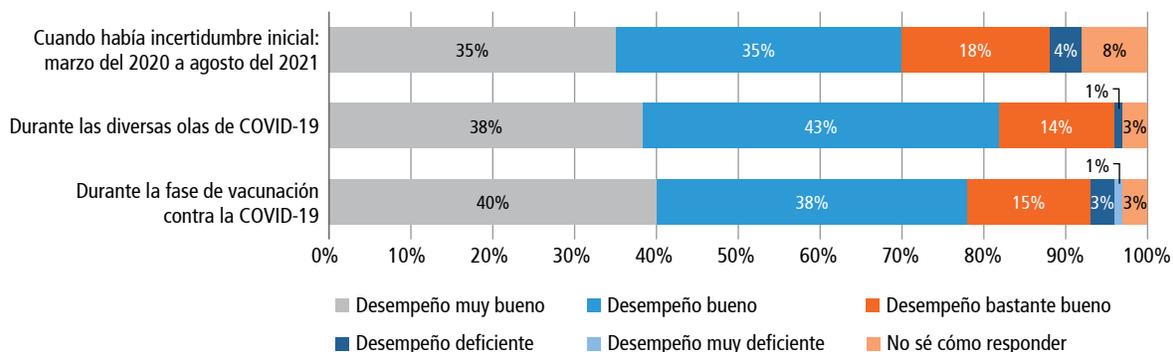
El personal de la OPS tiene en general una opinión positiva del desempeño de la Organización durante la pandemia de COVID-19. El 80% de los encuestados (868) mencionó que la respuesta de la OPS logró los resultados previstos bien o muy bien.<sup>37</sup> Además, entre el 35% y el 43% de los encuestados señalaron que la OPS tuvo un desempeño bueno o muy bueno durante las tres fases de la respuesta. Menos del 5% consideró que la OPS tuvo un desempeño deficiente en todas las fases (véase la figura 4).

El apoyo técnico de la OPS a nivel nacional y regional se destacó en algunas áreas clave de la respuesta, como se expone en las siguientes secciones. Hay un alto grado de acuerdo sobre la calidad de la

---

<sup>36</sup> Otros fondos para la COVID-19 se canalizaron a través del programa especial de respuesta a brotes y crisis y, en su mayor parte, a compras.

<sup>37</sup> Véase el anexo 5.2 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

**FIGURA 4****Desempeño de la OPS durante las diferentes etapas de la pandemia**

*Nota:* todas las cifras porcentuales han sido redondeadas al alza.

*Fuente:* Encuesta de Gallup y Kobo al personal de la OPS como parte de la evaluación de la respuesta de la OPS, 2022.

cooperación técnica prestada por la OPS no solo a los Estados Miembros sino también a otros organismos, organizaciones internacionales y actores regionales. Al mismo tiempo, hay preocupaciones con respecto al desempeño de la OPS en temas como los retrasos administrativos, logísticos y de toma de decisiones; la capacidad operativa a nivel de los países; el diálogo en materia de políticas; y la gestión de la comunicación y la información. En cuanto a la vacunación contra la COVID-19, las opiniones positivas del personal de la OPS sobre el desempeño de la Organización contrastan con las de actores externos que, durante las entrevistas y encuestas, fueron más críticas acerca de las dificultades que enfrentaron para obtener un acceso temprano y generalizado a las vacunas contra la COVID-19.<sup>38</sup>

### 2.2.2 ¿Qué actividades han sido las más y las menos eficaces?

**Resumen de los principales resultados de la evaluación:** Se ha reconocido ampliamente la labor de la OPS en el apoyo a las contrapartes en el gobierno, incluidos los ministerios de salud, para elaborar planes nacionales de gestión de crisis y mecanismos de respuesta a emergencias, a fin de priorizar acciones, recursos e intervenciones.

- Una de las actividades más exitosas llevadas a cabo por la OPS consistió en las medidas inmediatas para fortalecer la capacidad regional de los sistemas de vigilancia y adoptar herramientas innovadoras para la investigación de los brotes.
- Con el apoyo de la OPS, las autoridades de salud pusieron en marcha campañas de comunicación de riesgos para difundir información accesible y fiable sobre la COVID-19 y recomendaciones de salud pública sobre cómo protegerse del virus.

<sup>38</sup> Para conocer más detalles sobre las deficiencias de la vacunación, véase la sección 2.2 sobre la eficacia: "Pilar 10: Vacunación".

- La OPS brindó apoyo y orientación para preparar los planes nacionales de despliegue y vacunación contra la COVID-19, así como estrategias relacionadas con el financiamiento de la compra de vacunas. Sin embargo, en algunos casos, los retrasos y la imprevisibilidad de la compra y distribución de las vacunas afectaron las relaciones entre la OPS y los ministerios de salud.

La encuesta indicó que, entre los pilares de la respuesta a la pandemia, los que tenían mayor potencial fueron la vacunación (79%) (pilar 10); el apoyo operativo, los aspectos logísticos y las cadenas de suministro (67%) (pilar 8); la coordinación, la planificación, el financiamiento y el seguimiento (75%) (pilar 1); la vigilancia, los equipos de respuesta rápida e investigación de casos (75%) (pilar 3); y la prevención y el control de infecciones y la protección del personal de salud (75%) (pilar 6). El 68% de los encuestados consideró que los laboratorios y medios de diagnóstico (pilar 5) ofrecían muchas posibilidades, a pesar de que la rápida adopción del diagnóstico serológico y molecular es crucial para la detección temprana de casos y contactos, y para el seguimiento de las tendencias, a fin de conocer el impacto de las medidas de mitigación, contención y prevención (véase la figura 5).

La importancia asignada al pilar 10 probablemente refleja la considerable inversión (en recursos humanos y financieros) realizada por la OPS para apoyar la vacunación contra la COVID-19. En el 2021, el pilar 10 representó el 51% de los fondos utilizados para llevar a cabo actividades relacionadas con los diez pilares del plan estratégico de preparación y respuesta. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de la OPS, la vacunación se retrasó y se convirtió en un motivo de preocupación para muchos fuera de la Organización.<sup>39</sup>

En los siguientes párrafos se resumen las principales actividades que llevó a cabo la OPS para cada uno de los diez pilares del plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19, con las medidas más eficaces y las menos eficaces para cada uno de los diez pilares.<sup>40</sup>

### ***Pilar 1: Coordinación, planificación, financiamiento y seguimiento***

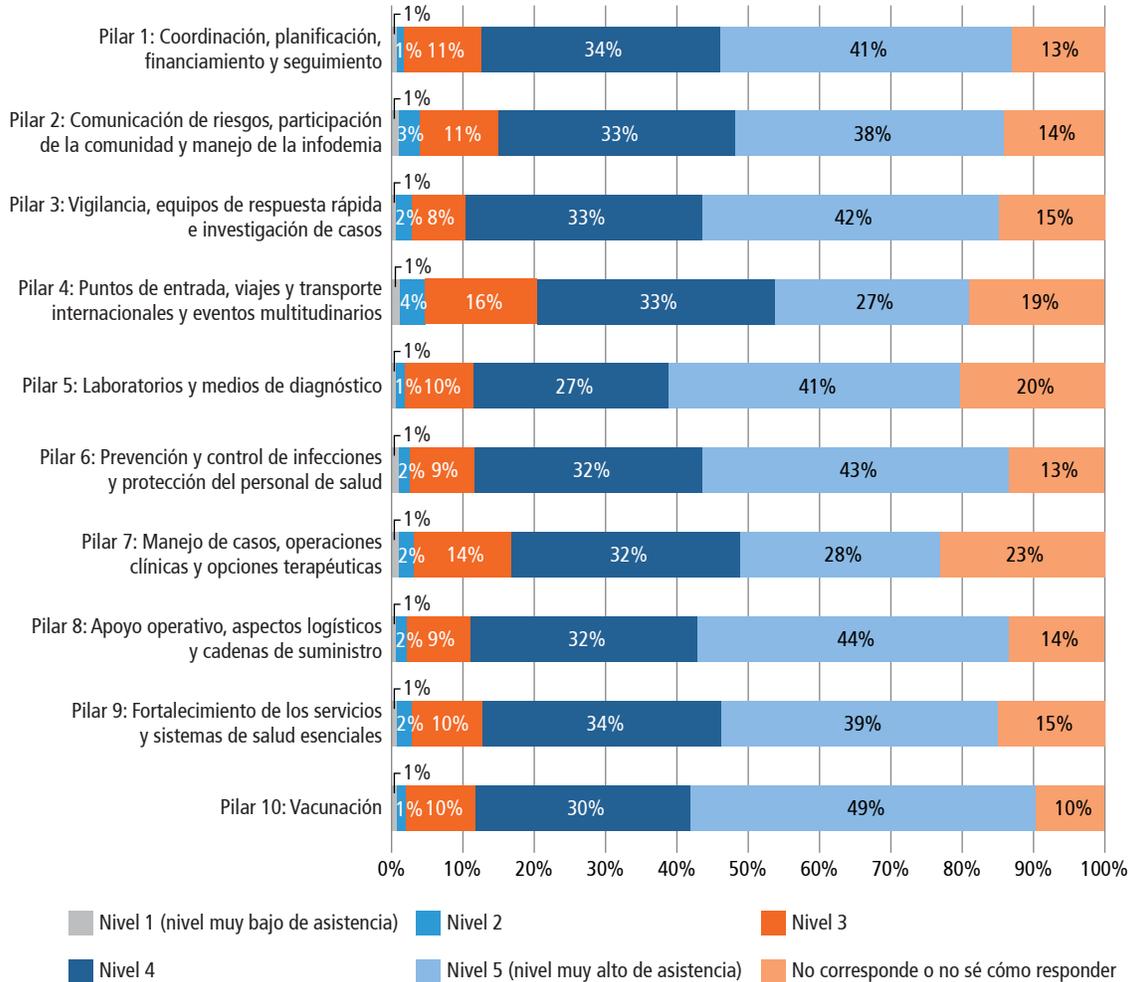
Los esfuerzos conjuntos de coordinación, las medidas innovadoras y los mensajes conjuntos impulsados por la OPS fueron fundamentales para guiar una respuesta efectiva a la COVID-19 en la Región de las Américas. La coordinación regional se volvió crucial para lograr estrategias de toda la Región a fin de enfrentar la pandemia, y apoyar los mecanismos regionales y subregionales de coordinación y de respuesta a las emergencias, como la Comunidad del Caribe, el Centro de Coordinación para la Prevención de Desastres en Centroamérica y República Dominicana, el Foro para el Progreso y el Desarrollo de América del Sur y la Organización de los Estados Americanos (OEA), entre otros (90). Además, con la activación del sistema de gestión de incidentes y su equipo de apoyo, la OPS respaldó la creación de un mecanismo nacional de coordinación en forma de un centro de operaciones de emergencia, para coordinar la respuesta nacional a la COVID-19 en los países (90).

<sup>39</sup> La mayoría de los entrevistados externos a la OPS.

<sup>40</sup> Sobre la base de una revisión documental, entrevistas y encuestas. Para más detalles, véase el anexo 5.2 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

**FIGURA 5**

**Grado en que las áreas de cooperación de la OPS tienen posibilidades de fortalecer los sistemas de salud además de la pandemia de COVID-19**



Nota: todas las cifras porcentuales han sido redondeadas al alza.

Fuente: Encuesta de Gallup y Kobo al personal de la OPS como parte de la evaluación de la respuesta de la OPS, 2022.

La OPS brindó apoyo a los Estados Miembros para elaborar los planes nacionales de respuesta a la COVID-19, en estrecha consonancia con el plan de respuesta de la Organización, para garantizar la coherencia y la armonización operativa entre todos los pilares. Las directrices en materia de salud pública, integrales y basadas en evidencia, junto con la respuesta coordinada de todos los actores, incluidos organismos de las Naciones Unidas e internacionales, instituciones académicas, ONG y otros agentes estratégicos, permitieron la planificación y ejecución de intervenciones eficaces de salud pública. Además, la OPS encabezó y coordinó los equipos de las Naciones Unidas en los países y el equipo técnico de emergencias de las Naciones Unidas, y supervisó la canalización de las solicitudes presentadas por los gobiernos al sistema de las Naciones Unidas (76).

Al establecer y fortalecer las alianzas y redes existentes, la OPS apoyó el financiamiento de programas de respuesta a la emergencia a nivel nacional y subregional. Además, la OPS brindó apoyo a los países en la elaboración de proyectos y documentos para acceder y obtener financiamiento de entidades como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, a fin de adquirir y distribuir vacunas contra la COVID-19 y mitigar el impacto de la pandemia, a la vez que respaldaba a los sistemas nacionales de salud (91, 92). Asimismo, por medio de su estrategia de respuesta y llamado a los donantes, la Organización procuró ampliar su respuesta y mitigar el impacto a largo plazo de la pandemia en la Región de las Américas.

La plataforma de asociados para la COVID-19 desempeñó un papel fundamental para dar seguimiento a las contribuciones y a la presentación de información por parte de las representaciones en los países. Sin embargo, no se tenían datos con respecto a todos los indicadores en todos los países (hospitalización, porcentaje de ocupación de camas de hospital, número de pacientes en las unidades de cuidados intensivos [UCI] y porcentaje de ocupación de camas de las UCI). Además, la OPS impulsó la realización de exámenes posteriores a la acción (inicialmente, en algunos estados brasileños seleccionados) para dar seguimiento y evaluar las acciones de respuesta y recuperación frente a la emergencia, reconocer las principales brechas y optimizar así los planes de respuesta (90, 93).

### ***Pilar 2: Comunicación de riesgos, participación de la comunidad y manejo de la infodemia***

La OPS elaboró y distribuyó herramientas de comunicación de riesgos en toda la Región para los trabajadores de salud, los medios de comunicación y los líderes locales. Las actividades de comunicación



para abordar la reticencia a la vacunación y generar confianza en los programas de vacunación de los países han sido un desafío clave. Los países también adaptaron los mensajes al contexto específico para que fueran aceptables culturalmente y se difundieran de manera eficaz.

La OPS emprendió diferentes actividades para contribuir a mejorar las campañas de comunicación de riesgos a nivel de los países. Por ejemplo, en México, la OPS organizó laboratorios de percepción, que analizaron y adaptaron el contenido de los mensajes para mejorar la confianza en las campañas públicas; abordar la incertidumbre sobre las tendencias y la evolución de las diferentes olas de la epidemia; o mitigar la estigmatización y la discriminación hacia el personal de salud.<sup>41</sup>

En Guatemala, la OPS apoyó al Ministerio de Salud mediante encuestas rápidas para analizar las barreras a la vacunación contra la COVID-19; validó los mensajes clave (gratuidad de la vacuna, seguridad, efectos colaterales, vacunación voluntaria, entre otros); abordó temas y mitos que requerían aclaración (la vacuna puede causar la muerte, contiene un chip para controlar a las personas, las vacunas son malas, entre otros); identificó las mejores personas o medios para transmitir los mensajes de salud (radio, visitas comunitarias, líderes locales, maestros); e investigó aspectos culturales importantes para apoyar la vacunación (lenguas indígenas, contenidos positivos, mensajes sencillos, evitar los tecnicismos, entre otros) (74).

El apoyo de la OPS fue crucial e importante debido a la desinformación generalizada, las noticias falsas y la información errónea en los medios de comunicación y las redes sociales. La OPS mejoró la cobertura al llegar a millones de seguidores por medio de las redes sociales (Facebook [1,1 millones], Twitter [112 400] e Instagram [505 000]), y contribuyó a difundir 361 millones de videos en YouTube, 19 200 artículos en Google Scholar y 550 millones de tuits (94).

La participación de personal de la OPS en reuniones de prensa, en su carácter de expertos internacionales, fue fundamental para aclarar dudas sobre la efectividad de las vacunas y reforzar la necesidad de modificar las percepciones y los comportamientos de riesgo; mejorar el cumplimiento de las medidas preventivas; y eliminar conceptos, creencias e información erróneos sobre la COVID-19 y su prevención, control y tratamiento. Se produjeron un total de 1026 infografías para ofrecer orientación sobre cómo proteger la salud de los trabajadores, de las personas mayores y de otros grupos vulnerables (95).

### ***Pilar 3: Vigilancia, investigación epidemiológica, localización de contactos y ajuste de las medidas sociales y de salud pública***

Para frenar la transmisión de la COVID-19, se aplicaron medidas sociales y de salud pública a las comunidades afectadas. Una de las estrategias más exitosas aplicadas por la OPS consistió en las medidas inmediatas adoptadas a fin de fortalecer la capacidad regional de los sistemas de vigilancia para detectar los casos de COVID-19, con el apoyo de los sistemas habituales de vigilancia basada en eventos de las infecciones respiratorias agudas graves y enfermedad tipo influenza (IRAG/ETI) y los sistemas de vigilancia centinela (96).

---

<sup>41</sup> Documento confidencial, proporcionado por la Secretaría de Salud de México.

La OPS adoptó herramientas innovadoras para la investigación de brotes (en particular Go.Data), que integraron funcionalidades para la investigación de los casos, el seguimiento de los contactos y la visualización de las cadenas de transmisión (97). Junto con la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, la OPS capacitó a más de 30 países; 21 de ellos integraron Go.Data en su respuesta a la pandemia de COVID-19. La OPS también desarrolló la herramienta de valoración del riesgo de COVID-19 para que las autoridades de salud evaluaran su vulnerabilidad y el riesgo de propagación de la enfermedad. Esto permitió a los países determinar el número de personas con un riesgo mayor de COVID-19 grave debido a afecciones subyacentes; formular posibles estrategias para proteger de la infección a las personas extremadamente vulnerables; atender las afecciones crónicas; y orientar la asignación de vacunas para las personas con más alto riesgo (98).

#### ***Pilar 4: Puntos de entrada, viajes y transporte internacionales, eventos multitudinarios y desplazamiento poblacional***

Las estrategias para controlar la COVID-19 se centraron en las intervenciones no farmacológicas, como las medidas de protección personal, las medidas ambientales, el distanciamiento físico y las medidas relacionadas con los viajes internacionales. La OPS proporcionó a las autoridades nacionales un marco y directrices técnicas para el distanciamiento social y las medidas relacionadas con los viajes (realización de pruebas antes de viajar). La OPS también colaboró con las autoridades nacionales para difundir materiales de comunicación de riesgos en lugares donde los viajeros que llegaban pudieran encontrar información y conocer las medidas de prevención y control de infecciones para reducir el riesgo de infección (99). Para septiembre del 2020, la mayoría de los países de la subregión Caribe habían comenzado a reanudar los viajes no esenciales a fin de reactivar sus economías, que dependen del turismo. La mayoría de los países adoptaron estas medidas posteriormente, como una decisión política impulsada por presiones económicas, en lugar de que resultara del proceso de valoración de riesgos propuesto por la OPS (100).

El efecto “indirecto” del apoyo de la OPS logró que las instituciones y los sistemas en muchos países continuaran funcionando, al proporcionar directrices técnicas para los eventos masivos como una manera de garantizar la seguridad de la población, incluida la seguridad en los procesos electorales. La orientación técnica de la OPS para evitar los eventos multitudinarios fue una medida fundamental adoptada en el período anterior a las 26 elecciones que tuvieron lugar en la Región durante la pandemia.

La OPS ha sido un actor clave para coordinar las estrategias de atención de salud y las opciones de cuarentena (hoteles, campamentos, casas) para los grupos itinerantes. Los controles fronterizos plantearon desafíos, en particular en los lugares donde había causas sociales y económicas que ocasionaron el movimiento histórico de personas migrantes y refugiadas (entre Colombia y la República Bolivariana de Venezuela, Guatemala y México, Haití y República Dominicana o Estados Unidos y México). Otro aporte de la OPS fue la socialización de las directrices sobre los eventos multitudinarios, para apoyar los procesos electorales en la Región.

### ***Pilar 5: Laboratorios y medios de diagnóstico***

La Región de las Américas creó una red sólida de laboratorios de vigilancia de la gripe, en la que participan 30 centros nacionales de gripe de 26 países, con plataformas de diagnóstico molecular que son evaluadas regularmente por el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe de la OMS. La OPS capacitó rápidamente a los centros nacionales de gripe, así como a varios laboratorios nacionales de salud pública y al laboratorio de la Agencia de Salud Pública del Caribe, en materia del protocolo Charité-Berlín, recomendado para detectar y confirmar los casos de COVID-19. Como resultado, 28 países han adoptado métodos de diagnóstico molecular cuando menos en un laboratorio nacional de salud pública, y al menos 18 países tienen capacidad de secuenciación en el propio país.

La OPS apoyó a los países para fortalecer su capacidad de acceso oportuno a enzimas, reactivos críticos y materiales de prueba, y continuó donando reactivos y suministros de laboratorio al menos a 28 países de la Región (101). A pesar de los esfuerzos de la OPS para respaldar a los laboratorios nacionales de salud pública, el aumento sostenido del número de casos y, por ende, de muestras recibidas superó la capacidad de la mayoría de los laboratorios, lo que provocó un grave retraso en el procesamiento de muestras (de más del 30% en algunos países). Los laboratorios privados proporcionaron diagnósticos serológicos y mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por su sigla en inglés) a la población, y los resultados se transmitieron a los ministerios de salud. No se conoce la repercusión epidemiológica de esto en la mejora de la vigilancia.

El despliegue de una prueba diagnóstica rápida basada en antígenos ha permitido a todos los países descentralizar y aumentar su capacidad de realización de pruebas. La OMS puso en marcha la alianza para el Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 (ACT, por su sigla en inglés). En consonancia con esta iniciativa, la OPS elaboró directrices para la introducción y aplicación de métodos alternativos de diagnóstico virológico, a fin de complementar y ampliar la capacidad de diagnóstico y aumentar el acceso a la realización de pruebas para las zonas remotas y los grupos vulnerables. La OPS también donó millones de pruebas mediante PCR y pruebas diagnósticas rápidas basadas en antígenos por medio de su Fondo Estratégico.

La OPS ha apoyado a los países para fortalecer la vigilancia, en el marco de la Red Regional de Vigilancia Genómica de COVID-19. Por medio de esta red, la OPS apoyó a más de 20 países de las cuatro subregiones para generar datos de buena calidad sobre el genoma del SARS-CoV-2 por medio de la secuenciación de próxima generación e intercambiar sus secuencias genómicas de manera oportuna (102).

### ***Pilar 6: Prevención y control de infecciones y protección del personal de salud***

La OPS colaboró con los ministerios de salud para estimar las necesidades en materia de equipos de protección personal, medicamentos esenciales y otros insumos, sobre la base de las tendencias y proyecciones epidemiológicas. Todos los países de la Región de las Américas han adoptado medidas para reforzar la prevención y el control de infecciones, y 33 países informaron que tenían un programa nacional de prevención y control de infecciones y de aplicación de las normas en materia de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de atención de salud. La compra internacional de

insumos esenciales para la respuesta a la pandemia, como los equipos de protección personal, ha sido difícil debido al aumento de la demanda mundial, las restricciones del transporte aéreo y la prohibición de los envíos y las exportaciones impuesta por los países donde se fabrican estos productos. Los países tuvieron que encontrar formas de producir localmente, lo que incluyó la reconversión de fábricas para producir sus propios equipos de protección personal y dispositivos médicos esenciales.

### ***Pilar 7: Manejo de casos, operaciones clínicas y opciones terapéuticas***

A lo largo del 2020, la OPS proporcionó orientación sobre el manejo de casos y el tratamiento de la COVID-19 basados en la evidencia, a través de su base de datos *Ongoing Living Update of COVID-19 Therapeutic Options: Summary of Evidence*. También se estableció un nuevo sistema de derivación para trasladar a los pacientes a las UCI que se habían designado para la respuesta a la COVID-19 y que contaban con el equipo médico apropiado para el tratamiento. La base de datos es el resultado de una labor continua (diaria) para actualizar las opciones terapéuticas para la COVID-19, y en ella se presenta un resumen de la evidencia relativa a 235 intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la enfermedad (103).

Los niveles de preparación en materia de capacidad de laboratorio para el diagnóstico del SARS-CoV-2, el aislamiento y el manejo de casos eran moderados, según lo indica una encuesta de autoevaluación de la capacidad operativa frente a la COVID-19 (104). Dicha encuesta se realizó entre enero y abril del 2020 en más de 579 hospitales (públicos y privados) de 19 países. Los puntajes más bajos correspondieron a las áreas relacionadas con la atención de pacientes que requerían cuidados intensivos y la disponibilidad de equipo para la atención médica, como equipo de protección personal y respiradores.

En un análisis de cuatro países (Chile, Colombia, México y Perú) se indicó un aumento del 161% en la capacidad de brindar cuidados intensivos entre marzo del 2020 y marzo del 2021, con tasas de ocupación de hasta 93% en enero del 2021. Brasil notificó un aumento del 61% en la capacidad en materia de unidades de cuidados intensivos (incluido el sector privado) entre febrero del 2020 y enero del 2021; en 24 estados y el Distrito Federal, las tasas de ocupación de las UCI en marzo eran del 80% o más (105).

Los países enfrentaron dificultades para proporcionar cuidados intensivos continuos a los pacientes, y esto se vio agravado por la COVID-19 prolongada. Otros desafíos para los servicios de salud a nivel nacional fueron las brechas en materia de recursos humanos y la falta de incentivos; las dificultades en la conectividad a internet para proporcionar capacitación y recursos para la telemedicina; la escasez de medicamentos, suministros, dispositivos médicos y equipo de protección personal, lo mismo que de servicios de logística para llevar a cabo la investigación de casos y la localización de contactos; y la realización de pruebas, el triaje y los cuidados en el hogar. La OPS capacitó a más de 70 000 trabajadores de salud para la gestión de casos y el tratamiento.

### ***Pilar 8: Apoyo operativo, aspectos logísticos y cadenas de suministro***

La OPS ha hecho de la garantía de la calidad un componente crítico del apoyo técnico que presta para la compra de productos, insumos y equipo. La pandemia perturbó gravemente las cadenas regulares

de suministro de insumos y equipos médicos. También trastornó los vuelos comerciales de los que dependía la OPS para desplegar expertos y transportar medicamentos, insumos y equipos. Los países se enfrentaron con una situación de mercado compleja para la compra de insumos y medicamentos, que requirió un control de calidad permanente de los artículos producidos por actores poco fiables.

La OPS ha apoyado y asesorado a los países sobre los marcos regulatorios relacionados con compras, transporte, flete, logística y especificaciones técnicas relativas a equipos de protección personal, concentradores de oxígeno, medios de diagnóstico *in vitro* y otros insumos y equipos esenciales para la respuesta a la COVID-19. La OPS ha puesto a disposición las herramientas para ayudar a cuantificar los suministros esenciales; proporcionar información sobre la situación actual del mercado mundial; localizar proveedores calificados; y brindar información sobre los precios de los suministros para la compra de equipo y suministros médicos.

### ***Pilar 9: Fortalecimiento de los servicios y sistemas de salud esenciales***

La pandemia de COVID-19 generó una presión sin precedentes sobre los sistemas y servicios de salud. La prioridad que se concedió al manejo de la pandemia llevó a la interrupción de otros servicios y programas de salud que se prestaban de forma habitual, como las campañas de vacunación, los servicios de salud sexual y reproductiva, la eliminación de la malaria, la prevención y el control de la tuberculosis, y los programas para combatir las enfermedades no transmisibles. La situación se vio agravada por el estrés y el agotamiento que presentó el personal de salud, principalmente las mujeres, que también corrían un mayor riesgo de presentar el síndrome de desgaste profesional. Esto limitó aún más la capacidad de los sistemas de salud subnacionales.

La COVID-19 ha afectado especialmente la continuidad de los servicios esenciales que se prestan en el primer nivel de atención. Los resultados preliminares de la encuesta sobre los servicios esenciales de salud indicaron perturbaciones importantes en dichos servicios. El porcentaje de países que notificaron perturbaciones parciales o graves de los servicios varió según las áreas programáticas: 55% respecto a la planificación familiar y la anticoncepción; 47% respecto a la atención prenatal; 39% y 37% respecto a los servicios de vacunación habituales en establecimientos de salud y por medio de extensión asistencial, respectivamente; 47% respecto al diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles; 47% respecto al diagnóstico y el tratamiento del cáncer; y 77% respecto a los servicios de salud mental. Veinte países comenzaron a reorganizar sus sistemas para brindar el primer nivel de atención en respuesta a la pandemia (106).

Dadas las interrupciones en los servicios de salud de la Región, la OPS abogó por preservar los servicios de salud esenciales y continuar con la cooperación técnica habitual en respuesta a la pandemia, brindó orientación a este respecto, lo que ayudó a los Estados Miembros a garantizar la continuidad y la recuperación de los sistemas de salud.<sup>42, 43</sup>

---

<sup>42</sup> Véase la sección 2.5, "Sostenibilidad".

<sup>43</sup> Basado en entrevistas con personal de la OPS, así como con personal de las oficinas en los países y otros asociados estratégicos.

## **Pilar 10: Vacunación**

La OPS brindó apoyo y orientación continuos para preparar los planes nacionales de despliegue y vacunación para la COVID-19, así como las estrategias relacionadas con el financiamiento de la compra de vacunas.

A pesar de las buenas intenciones, el Mecanismo COVAX no tuvo el éxito previsto (80). El Mecanismo no cumplió con sus objetivos y plazos por la escasez en el suministro de vacunas debido a que los países de ingresos altos compraron vacunas directamente a los fabricantes, lo que redujo el número total de vacunas disponibles en el mercado. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe solo recibieron alrededor del 30% del suministro que contrataron por medio del Mecanismo COVAX, lo que tuvo un efecto indirecto en la reputación de la OPS (107).

Además, una modificación del diseño inicial del Mecanismo COVAX permitió que los países autofinanciados compraran vacunas para cubrir entre el 10% y el 50% de su población, mientras que los países con compromiso anticipado de mercado solo podían recibir una cobertura del 20% con las vacunas seleccionadas por Gavi, lo que contribuyó a una distribución todavía más desigual de las vacunas. En respuesta a los retrasos, los países en la lista de espera de COVAX empezaron a comprar vacunas también a través de acuerdos bilaterales, lo que desató un círculo vicioso que redujo el suministro de vacunas desde esa fuente. Hasta octubre del 2022, el 87% del total de vacunas disponibles en la Región se había obtenido a través de acuerdos bilaterales o multilaterales (108).

Al 30 de octubre del 2022, el Mecanismo COVAX había proporcionado 155 millones de vacunas a la Región, lo que representa el 6% de todas las vacunas suministradas en la Región de las Américas o el 10% de todas las vacunas en América Latina y el Caribe en su conjunto (COVAX proporcionó 155 millones del total de 1600 millones de vacunas compradas en los países de América Latina y el Caribe). Hubo 23 países de la Región que participaron en el Mecanismo COVAX, 13 de los cuales eran países autofinanciados. Los 10 países y territorios restantes cumplían los requisitos para recibir vacunas de COVAX gratuitamente para el 20% de su población por medio de un compromiso anticipado de mercado. Estos eran el Estado Plurinacional de Bolivia, Dominica, El Salvador, Granada, Haití, Honduras, Martinica, Nicaragua, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.<sup>44</sup>

Los países de ingresos altos no contribuyeron lo suficiente en términos económicos para así garantizar el acceso universal a las vacunas. En el mecanismo de autofinanciamiento de COVAX se introdujeron objetivos de vacunación con un doble estándar: 20% para los países de ingresos bajos y medianos, y 50% para los países de ingresos altos (109). Los países ricos compraron dosis de vacunas por medio de acuerdos bilaterales con múltiples fabricantes. Este nacionalismo en torno a las vacunas llevó a que se desperdiciaran las vacunas caducadas. Para enero del 2022, menos del 10% de la población de los países de ingresos bajos y medianos había recibido una dosis de alguna vacuna contra la COVID-19 (110). Estados Unidos anunció la donación de 900 millones de vacunas y, para octubre

---

<sup>44</sup> Para más información sobre el Mecanismo COVAX, véase el anexo 5.1 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

del 2022, ya había donado 276,2 millones (111). La distribución de las vacunas donadas a veces representó un desafío, debido a la poca antelación de la donación y a las fechas de vencimiento cercanas de las vacunas donadas.

En la Región de las Américas, el Fondo Rotatorio para el Acceso a las Vacunas (RFV, por su sigla en inglés) de la OPS se reconoce como el mecanismo de compras para COVAX y el más adecuado para proporcionar un acceso equitativo a las vacunas contra la COVID-19 en la Región, en nombre de los 10 países que cumplían los requisitos para el financiamiento mediante compromiso anticipado de mercado y los 28 países y territorios autofinanciados de la cartera de COVAX en la Región de las Américas.<sup>45</sup> La OPS estimó que la carga económica inicial de las nuevas vacunas contra la COVID-19 podría ser entre 12 y 18 veces el presupuesto nacional anual de vacunación de los países.

Para poder adquirir las vacunas para el 20% de su población total —el volumen necesario para cubrir a los grupos considerados de más alto riesgo— los países tendrían que haber invertido en el 2021 hasta tres veces sus presupuestos anuales de vacunación. La introducción de las nuevas vacunas contra la COVID-19 generó una presión fiscal sin precedentes sobre los presupuestos nacionales de los 28 países autofinanciados de la Región de las Américas, con la transferencia de más de US\$ 433 millones en pagos anticipados o iniciales al Mecanismo COVAX en octubre del 2020 y otros US\$ 660 millones en garantías financieras (35).

La OPS ayudó a 28 países a evaluar su capacidad en materia de cadena de frío y a actualizar sus inventarios de equipo para la cadena de frío, incluidos los requisitos logísticos para la distribución de vacunas. Las [Orientaciones para la planificación de la introducción de la vacuna contra la COVID-19](#) ayudaron a los programas nacionales de inmunización a planificar la introducción de la vacuna contra la COVID-19 y prestaron apoyo a la elaboración de planes integrales de vacunación contra la COVID-19 y el cálculo de los costos (112).

La OPS alentó a los países a fortalecer sus sistemas de información sobre la seguridad de las vacunas y la vigilancia de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización y de los eventos adversos posteriores a la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 y otras vacunas. Junto con la OMS, la OPS desarrolló una herramienta para evaluar la disposición operativa para la introducción de las vacunas ([VIRAT](#), por su sigla en inglés), una hoja de ruta para prepararse y planificar la introducción de la vacuna contra la COVID-19, y los 35 países llenaron un panel de información que brindó una visión panorámica de la preparación regional.

En el cuadro 1 se resumen las actividades que funcionaron bien y las que no funcionaron bien en la respuesta de la OPS.

---

<sup>45</sup> Durante más de 40 años, el Fondo Rotatorio de la OPS ha ayudado a 42 Estados Miembros y territorios a atender la demanda prevista de vacunas, jeringas y otros insumos para la vacunación en toda la Región y a aprovechar las economías de escala para asegurar el acceso a vacunas de buena calidad a precios asequibles.

**CUADRO 1****Resumen de lo que funcionó bien y lo que no funcionó bien en la respuesta de la OPS**

LO QUE FUNCIONÓ BIEN	LO QUE NO FUNCIONÓ BIEN
<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacidad de reacción institucional temprana de la OPS.</li><li>• Activación pronta del sistema de gestión de incidentes y de los equipos médicos de emergencia.</li><li>• Estrategia de “todo el gobierno”.</li><li>• Consonancia con las prioridades de los ministerios de salud y sus estimaciones de las necesidades nacionales (incluidos los planes de vacunación).</li><li>• La OPS como puente entre la información global, la perspectiva regional y las realidades nacionales (dirección bilateral).</li><li>• Modalidades de cooperación: cooperación técnica; aspectos logísticos y cadena de suministro; y formación y capacitación.</li><li>• Pilares: apoyo operativo, aspectos logísticos y cadenas de suministro; coordinación, planificación y financiamiento; vigilancia epidemiológica; prevención y control de infecciones.</li><li>• Campus virtual y red regional de laboratorios.</li><li>• Transformación de la función de compras (función estratégica del Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico).</li><li>• Apoyo a la transformación digital (interna y externa).</li><li>• Ampliación de las alianzas.</li><li>• Coordinación de la respuesta en materia de salud de los equipos de las Naciones Unidas en los países y sinergias con el Programa Mundial de Alimentos.</li><li>• Centro logístico regional de Panamá y reservas nacionales.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diálogo sobre políticas a nivel de país (en algunos países).</li><li>• Gestión de la comunicación.</li><li>• Configuración del sistema de gestión de incidentes para una emergencia de salud pública persistente a gran escala.</li><li>• Modalidades de cooperación: cooperación Sur-Sur y comunicación de riesgos.</li><li>• Pilares: vacunación.</li><li>• Gestión doble de los acuerdos con el Mecanismo COVAX y los acuerdos bilaterales.</li><li>• Comunicación interna (de la Sede, oficinas subregionales y las representaciones en los países).</li><li>• Sinergias con el UNICEF y consonancia entre la OPS y la OMS.</li><li>• Marco de seguimiento del plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19, no concebido para el desempeño organizacional.</li><li>• Paradoja del teletrabajo, cierre de las representaciones en los países y prestación de la cooperación técnica a distancia.</li><li>• Salud mental y equilibrio entre la vida laboral y familiar.</li><li>• Responsabilidades del personal en el marco de la respuesta a la emergencia y esquemas de remuneración.</li></ul>

### 2.2.3 ¿Cuáles fueron los principales factores internos que afectaron la respuesta de la OPS?<sup>46</sup>

**Resumen de los principales resultados:** Internamente, la respuesta de la OPS a la COVID-19 se vio afectada por la crítica situación financiera y de recursos humanos, las deficiencias en la comunicación entre la Sede y las representaciones en los países, y la política de contratación de personal de la OPS durante la pandemia.

- En términos más amplios, los factores que afectaron la capacidad de respuesta de la OPS en áreas clave fueron la centralización excesiva de las decisiones en Ginebra (OMS) y la dependencia del Mecanismo COVAX para la compra y distribución de vacunas.

El desempeño de la OPS se modificó en respuesta a la crisis financiera y los riesgos reconocidos. La crisis financiera que sufrió la OPS se debió principalmente a las contribuciones que dejó de pagar Estados Unidos y a las contribuciones señaladas adeudadas por los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados, que ascendían a US\$ 179 millones en enero del 2022 (113). Otros ámbitos de riesgo importantes fueron la dependencia respecto a los Estados Miembros y la necesidad de garantizar que estos cumplieran sus compromisos financieros; la capacidad de apoyar las necesidades de los Estados Miembros mediante la movilización de recursos y el apoyo de asociados y donantes; las limitaciones para responder rápidamente a las necesidades de los Estados Miembros en emergencias y desastres; y las prioridades nacionales contrapuestas, que redujeron la atención prestada a las prioridades en materia de salud.

La comunicación interna entre los diferentes niveles dentro de la OMS no fue muy fluida. Hubo una falta de intercambio oportuno de información estratégica. Algunos temas eran complicados, como los relativos al equipo de protección personal, los mensajes relacionados con el uso de mascarillas y la eficacia de las cuarentenas en cuanto a su duración, así como la transmisión del virus por las personas asintomáticas. Todo ello creó un entorno institucional complejo. La OPS se vio obligada a mejorar la comunicación y la cohesión del contenido sobre diversos temas. Un ejemplo fue la comunicación entre la OPS, la OMS y COVAX con respecto al momento de llegada y la cantidad de vacunas. Los equipos que trabajaron directamente con los Estados Miembros no tenían la información de antemano para apoyarlos mejor en relación con la cantidad de vacunas y las fechas de llegada.

Dentro de la OPS hubo brechas en los sistemas de comunicación interna: las decisiones que se tomaban en la Sede no siempre se comentaban con los representantes en los países. La infraestructura operativa y la necesidad de cohesión entre la OPS, la Sede y las representaciones en los países requerían una mejor comunicación. No todo el personal de la OPS aceptó bien la modalidad de emergencia dentro

<sup>46</sup> En el anexo 5.2 se presenta más información sobre los factores internos y se comentan los principales factores internos y externos que comprometieron la respuesta de la OPS. Véase Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

del sistema de gestión de incidentes. Algunas personas se sintieron excluidas de la gestión y la toma de decisiones, mientras que otras señalaron que responder en la modalidad de emergencia no estaba entre sus atribuciones, lo que dificultó la labor del responsable del sistema de gestión.

Al comienzo de la pandemia de COVID-19, la OPS tenía una capacidad limitada en materia de recursos humanos para ampliar su desempeño y proporcionar una respuesta adecuada a los Estados Miembros. Muchos gerentes estaban demasiado centrados en la agenda de su propio departamento para reconocer las necesidades más amplias de la Organización. Este problema se exacerbó cada vez más durante las fases sucesivas de la pandemia, y la OPS enfrentó enormes desafíos para facilitar la rotación y el apoyo adicional para el personal. En la etapa de vacunación, la OPS tuvo problemas debido a la poca experiencia en materia de comunicación de riesgos.

Las políticas y obligaciones de la contratación de personal de la OPS obstaculizaron la continuidad laboral de los empleados durante la pandemia. La limitada experiencia técnica y práctica del personal de la OPS en la respuesta a emergencias provocó retrasos en la comunicación entre las representaciones en los países y la Sede, lo que hizo más lentos los procesos logísticos. Era necesario que el personal estuviera sobre el terreno para comprender la naturaleza compleja de la pandemia y la respuesta a ella. Esto significó que la OPS no contaba con los recursos humanos en áreas esenciales para responder a los aumentos súbitos de la demanda como lo requerían los Estados Miembros. Dado el número reducido de personal al comienzo de la pandemia, los cierres de fronteras y los largos procesos de contratación de la OPS, los representantes de la OPS/OMS hicieron lo que pudieron con los recursos disponibles y contrataron personal local cuando empezaron a recibir fondos de emergencia a nivel de los países.

En ocasiones, había equipos especializados ajenos a la OPS disponibles y listos para contribuir a la respuesta. Sin embargo, los procedimientos administrativos de la OPS impidieron aprovecharlos e incorporarlos de manera óptima a las operaciones. Por ejemplo, la Universidad del Valle en Guatemala realizó un trabajo sobresaliente para analizar la reticencia a la vacuna en el país y produjo materiales de comunicación en lenguas indígenas para las regiones occidental y de Petén (74). Sin embargo, el personal de la OPS a nivel de país no pudo proporcionar recursos financieros para el trabajo en el terreno, el análisis de datos y la producción de informes debido a los complejos procedimientos administrativos, financieros y de contratación de la Organización.

La gobernanza de la OMS resultó inadecuada para la respuesta a la pandemia. La OMS titubeó o no actuó ante los riesgos y las incertidumbres potencialmente graves en relación con la infecciosidad del virus, su propagación asintomática y los métodos de transmisión. También tardó en abogar por respuestas en materia de políticas (por ejemplo, la OMS no recomendó el uso de mascarillas hasta el 5 de junio del 2020) (17). La OPS estaba obligada a seguir los lineamientos de la OMS, a pesar de que la presión por parte de los Estados Miembros aumentaba a medida que exigían acciones inmediatas. Las estructuras organizacionales y el liderazgo dieron lugar a percepciones y opiniones erróneas que socavaron la credibilidad y la confianza dentro de ambas organizaciones (114).

La excesiva centralización de las decisiones políticas, estratégicas, técnicas y administrativas en la OMS en Ginebra impidió el desempeño óptimo de organismos como la OPS. Esto generó desconfianza en las recomendaciones emitidas por la OMS sobre aspectos clave de la respuesta. La dependencia de la OPS respecto a la toma de decisiones por la OMS le impidió negociar de manera eficiente y responder a los Estados Miembros en la medida que se requería. El alto grado de atención que se puso en África redujo la atención y la prioridad otorgadas a la Región de las Américas, a pesar de que la Región registró un mayor número de casos y muertes.<sup>47</sup>

Depender de la OMS para la compra y distribución de vacunas en el marco del Mecanismo COVAX fue un obstáculo importante para lograr la equidad en la entrega de vacunas y la protección de los grupos vulnerables. Los acuerdos bilaterales establecidos entre los gobiernos y la industria farmacéutica socavaron gravemente las oportunidades de los países de ingresos bajos y medianos para acceder a las vacunas en número suficiente y a mejores precios. Los canales de comunicación del Mecanismo COVAX con los países y la OPS no funcionaron, lo que afectó la imagen de la OPS. Uno de los principales factores implicados en la incapacidad de COVAX para cumplir con sus objetivos y plazos fue que las empresas productoras de vacunas hicieron contratos bilaterales directamente con los gobiernos que pagaron los precios más altos en lugar de hacerlo a través del Mecanismo, que abogaba en obtener precios más bajos para los países de ingresos bajos.

Las críticas de los Estados Miembros a la OPS se relacionaron principalmente con el desempeño de la iniciativa COVAX. La legislación o los recursos financieros impidieron realizar acuerdos bilaterales con los fabricantes de vacunas en algunos países. Esto significó que algunos países dependieran completamente del Mecanismo COVAX, y sus fallas ocasionaron situaciones incómodas para la OPS. Por ejemplo, se culpó a la OPS por la escasez de vacunas y las fallas en la entrega y, en consecuencia, algunos países, como Guatemala y Paraguay, solicitaron el cambio de los representantes de la OPS/OMS.

Los acuerdos restrictivos firmados por los países con los fabricantes de vacunas hicieron imposible que los gobiernos donaran vacunas a los países que las necesitaban. La solidaridad entre los Estados Miembros fracasó y, dado que todos los países se enfrentaban a su propia emergencia, la ayuda humanitaria para otros fue escasa. Se exigió a las empresas productoras de vacunas y a los gobiernos interesados en comprar vacunas desde el principio de la pandemia que proporcionaran apoyo financiero temprano para la producción, la distribución y el suministro de vacunas. En el marco de valores de la OMS para la asignación y priorización de las vacunas contra la COVID-19, se hacía hincapié en que las vacunas contra la COVID-19 deben ser un bien público mundial, pero COVAX no logró alcanzar esa visión (109, 115).

---

<sup>47</sup> Al 11 de mayo del 2022, el 30% de los casos y el 44% de las muertes notificados a nivel mundial se habían presentado en la Región de las Américas, en la que habita el 13% de la población mundial. Véase: Organización Mundial de la Salud. Weekly epidemiological update on COVID-19 - 11 May 2022. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---11-may-2022>.

## 2.2.4 ¿Cuáles han sido los desafíos (externos) más importantes para responder a la COVID-19 en los diversos países y subregiones?

**Resumen de los principales resultados:** Entre los principales desafíos externos para responder a la COVID-19 estuvieron la politización de la respuesta (con tensiones entre la toma de decisiones políticas y técnicas, y el cuestionamiento de la evidencia científica por parte de los actores políticos); la infodemia (que contribuyó a las noticias falsas, la desconfianza en las organizaciones internacionales y la reticencia ante las vacunas); la heterogeneidad de los sistemas de salud (lo que dificultó la adopción de una estrategia única adaptada a las diversas necesidades y capacidades nacionales de la Región) y el cumplimiento deficiente del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

- Recursos: Fue difícil para los Estados Miembros cumplir las recomendaciones de la OPS debido a un financiamiento inadecuado, un equipamiento insuficiente o inadecuado, y la falta de personal médico y especializado capacitado para emergencias, en particular en los países que enfrentaban crisis concurrentes.
- Aspectos logísticos: La interrupción de las cadenas de suministro retrasó la compra de insumos médicos y la volvió más compleja y costosa.

Los desafíos externos que enfrentó la OPS impidieron un enfoque cohesivo y unificado de la respuesta. Tales desafíos fueron consecuencia de los cambios contextuales (sociales, económicos y políticos) y la politización de la respuesta. Esto sucedió conforme los países adoptaban medidas para contener la pandemia (por ejemplo, cierres de fronteras, confinamientos, cierre de establecimientos comerciales o prohibición de los eventos multitudinarios, el turismo y el comercio). Además, la heterogeneidad de los sistemas de salud de la Región influyó en la eficacia de las medidas de control y afectó el desempeño de la OPS a nivel regional y de los países.<sup>48</sup>

Durante la primera fase de la pandemia, la capacidad de la OPS de adoptar políticas basadas en la evidencia se vio comprometida por la falta de conocimientos sobre el agente patógeno y la gravedad de la enfermedad, así como la incertidumbre sobre la eficacia de las posibles intervenciones para mitigar sus efectos. Debido a esas incertidumbres, la OPS no pudo ofrecer una respuesta inmediata cuando los Estados Miembros exigían acciones rápidas.

La OPS dependía de que la OMS proporcionara la información actualizada sobre el virus, las medidas preventivas que habrían de adoptarse y las herramientas de control disponibles para responder a una crisis de salud en curso. En ciertos momentos, la OPS retrasó el apoyo y el asesoramiento técnico para los Estados Miembros porque la información y las recomendaciones basadas en la evidencia solo se obtuvieron a medida que evolucionaba la epidemia (17).

<sup>48</sup> Para una lista de los desafíos y las medidas de los ministerios de Salud y la OPS, véase el anexo 5.2 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.



La respuesta a la COVID-19 y las decisiones relacionadas con ella se convirtieron en objeto de debates políticos (116, 117). Con frecuencia se cuestionó el asesoramiento técnico brindado por la OPS y otros expertos, lo que creó un ambiente hostil entre los políticos, el personal de la OPS y el personal del sector de la salud. La OPS respetó las situaciones en las cuales las decisiones estaban sujetas al escrutinio político y social, especialmente en los casos en que la respuesta ante la emergencia estaba encabezada por los presidentes o por las máximas autoridades políticas y se relacionaba con el cierre de fronteras, la flexibilización de las restricciones de viaje, la apertura de las escuelas o la imposición de restricciones a los eventos multitudinarios. No obstante, la Organización tomó medidas para garantizar, en la medida de lo posible, que las decisiones se basaran en evidencia técnica y científica. Encontró formas alternativas de brindar apoyo técnico (por ejemplo, capacitación virtual para las unidades de salud más remotas o cursos sobre manejo de cadáveres, comunicación de riesgos y vigilancia epidemiológica).

Algunas decisiones que tomaron los Estados Miembros durante la respuesta fueron de naturaleza más política que técnica. Los presidentes encabezaron la respuesta a nivel nacional por medio de comités ejecutivos integrados por expertos de diferentes sectores para apoyar a los ministerios de salud. Si bien este liderazgo era deseable y fundamental para poner en marcha el plan nacional de respuesta en algunos países, el desempeño y la credibilidad de los líderes influyeron en la respuesta de la población. Ello condujo a la adopción de estrategias diferentes y a la oposición al asesoramiento técnico por parte

de la OPS y otros expertos científicos, y retrasó la puesta en marcha de políticas razonables. Los partidos políticos de algunos países culparon a sus gobiernos por la mala respuesta a la pandemia.

En algunos países, los factores económicos y políticos repercutieron en la compra de insumos médicos. La participación de determinados grupos económicos y sociales en los comités asesores influyó en los procesos de toma de decisiones relacionadas con la compra de ciertos insumos médicos y equipos, y en la relajación temprana de las medidas de mitigación (como la restricción de los eventos multitudinarios). En países como Argentina y México, la designación de figuras públicas para difundir información y mensajes de salud pública sobre el uso de mascarillas, el cierre de escuelas, la mejora de la vigilancia de los casos, el rastreo de contactos (centinela o proactivo) y las modalidades de realización de pruebas, fueron objeto de críticas por parte de los círculos académicos y los partidos políticos. Todos estos factores provocaron intensos debates en los medios de comunicación subnacionales, lo que generó escepticismo sobre las decisiones técnicas tomadas por los ministerios de salud.

En el punto álgido de la respuesta a la COVID-19, muchos países tuvieron que hacer frente a varias crisis simultáneas. Todas estas circunstancias exigieron atención y recursos adicionales, tanto financieros como humanos, por parte de los gobiernos y los ministerios de salud, así como un amplio apoyo de organismos internacionales como la OMS, el UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el ACNUR. Por ejemplo, además de las restricciones financieras, hubo agitación económica y social a consecuencia de acontecimientos políticos (Estados Unidos, Nicaragua, República Bolivariana de Venezuela), desastres naturales y otras emergencias (los huracanes Eta e Iota en Centroamérica; la erupción volcánica en San Vicente y las Granadinas; el terremoto en Haití, y las crisis migratorias entre Estados Unidos y México, Guatemala y México, Colombia y la República Bolivariana de Venezuela, y Haití y República Dominicana).

La OPS enfrentó varios desafíos debido a las capacidades y estructuras disímiles de los sistemas de salud de la Región y a los recursos limitados con los que estos contaban para responder a la emergencia. Un desafío persistente fue la coordinación e integración de los establecimientos del primer nivel de atención y los hospitales, los equipos médicos de emergencia y los sitios alternativos de atención de salud para mantener el acceso a servicios de salud de calidad. De los 17 países de la Región que respondieron a la encuesta nacional rápida de la OMS sobre la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia, solo el 57% señalaron haber asignado más fondos públicos con el fin de garantizar la prestación de tales servicios (118). Esto requirió adaptaciones en la prestación de servicios (por ejemplo, el uso de la telemedicina, la adopción de protocolos de seguridad y la modificación de los enfoques clínicos).

La composición de los equipos de respuesta a la COVID-19 se mejoró mediante la movilización de trabajadores comunitarios, la optimización de funciones y la participación de jubilados y estudiantes como prestadores de atención de salud. Algunos países, como Guatemala, México y Paraguay, avanzaron en la reforma de sus modelos de atención, con hospitales para la COVID-19. Otros, como Argentina, Costa Rica, Ecuador y Perú, reactivaron iniciativas nacionales para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud. En algunos países, como Paraguay y Perú, se pusieron en marcha intervenciones para mejorar el acceso a servicios esenciales de salud, como la atención de

maternidad para los grupos de población vulnerables. Muchos países introdujeron también innovaciones en la prestación de servicios de salud a nivel individual y poblacional, con el uso de tecnologías y mejoras en la planificación y distribución de recursos humanos, mediante mejores políticas contractuales y la definición de perfiles profesionales.

No fue fácil para la OPS aplicar una estrategia unificada que se adaptara a las diversas necesidades y capacidades de la Región. Si bien las experiencias en la respuesta a brotes anteriores y a pandemias “más leves” habían preparado a los países para responder de manera organizada, mediante los centros de operaciones de emergencia nacionales desplegados para llevar a cabo una respuesta multisectorial, la pandemia de COVID-19 rápidamente puso de relieve los inconvenientes y deficiencias de cada sistema de salud. Se proporcionaron recomendaciones y directrices, pero el cumplimiento, la cobertura y la duración de esas intervenciones se vieron obstaculizados por las capacidades subnacionales de cada país.

Los Estados Miembros y sus sistemas de salud tenían diferentes niveles de recursos y capacidades para proporcionar al primer nivel de atención recursos para la detección de casos, el rastreo de contactos, la realización de pruebas, el cumplimiento de las medidas preventivas de mitigación y la prestación de servicios de salud esenciales. Si bien la mayoría de los países de la Región adoptaron diversas medidas de mitigación, como las intervenciones no farmacológicas, Nicaragua, por ejemplo, no lo hizo, ya fuera por decisiones políticas o por falta de recursos. En tales situaciones, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) pudo haber surgido como un mecanismo regional para apoyar a los países de Centroamérica y brindar cooperación técnica, en este caso a Nicaragua, para que no se quedara atrás.

Debido a las restricciones para los viajes, fue difícil para la OPS evaluar con precisión cómo se dispusieron los países para responder a la pandemia y su nivel de preparación. La OPS tuvo que confiar en su personal en los países (por ejemplo, los representantes de la OPS/OMS) y en la relación de estos con el ministerio de salud para que el apoyo y los recursos proporcionados estuvieran en consonancia con las necesidades de cada país. Paradójicamente, la adopción del teletrabajo como parte de la política de deber de cuidado puso a las representaciones en los países en una posición difícil para apoyar a los ministerios de salud, y dio lugar a malentendidos y al cierre de varias de ellas. Para los Estados Miembros fue difícil adherirse a las recomendaciones de la OPS debido a la falta de financiamiento adecuado y de recursos humanos para la salud a nivel local, nacional y regional.

Los recursos humanos disponibles en el sector de la salud no correspondían con la escala de las necesidades regionales y epidemiológicas. La transición de los programas corrientes al apoyo para la respuesta a la emergencia afectó seriamente la prestación regular de atención de salud. La escasez de trabajadores de salud y la falta de personal médico y especializado, capacitado para emergencias y para prestar cuidados intensivos a nivel subregional y nacional, exigieron que el resto del personal disponible se centrara en actividades relacionadas con la COVID-19. Las estrategias adoptadas para mitigar las perturbaciones y para recuperar y mantener los servicios de salud esenciales condujeron a modificar la prestación de servicios en la Región. Debido a la atención que se prestó a la respuesta ante la pandemia, se redujo la puesta en marcha de otras actividades de cooperación técnica. Además de esto, la baja retención y el agotamiento físico y mental de los trabajadores de salud impidieron que se prestara una atención de calidad (119).

La pandemia creó la mayor demanda de suministros médicos, equipos de protección personal y equipos médicos especializados para las UCI jamás registrada en la Región. Los recursos necesarios para satisfacer esta demanda eran limitados. Los suministros solo llegaban a los países que tenían la capacidad económica para adquirirlos, en lugar de llegar a los países más pobres y con mayor necesidad. Esto significó que la Región no se adhirió a los principios de solidaridad regional contemplados en las políticas de la OPS. Las alteraciones en las cadenas de suministro fue un problema importante durante las primeras etapas de la pandemia. Los altos costos de envío, el poco financiamiento y la dependencia total de las donaciones dieron pie a la necesidad urgente de movilizar recursos de las ONG y los gobiernos. El 50% de los países de la Región notificaron escasez de equipos e insumos de laboratorio; el 10%, falta de capacidad para la distribución de equipos de diagnóstico y realización de pruebas; el 25%, escasez de equipo de protección personal; y el 10%, escasez de vacunas y equipos.

El suministro de vacunas, junto con la reticencia ante la vacunación, fue un desafío en toda la Región, incluso entre el personal de salud, todo lo cual inhibió la adhesión a las políticas de vacunación y produjo poca aceptación y uso de las vacunas (como en Haití). A pesar de los esfuerzos realizados durante los primeros ocho meses de la respuesta, la falta de disponibilidad de vacunas agravó la situación, de por sí difícil. El “nacionalismo vacunal” de los países de ingresos altos (Canadá, Estados Unidos y países de la Unión Europea) significó la compra de muchas más vacunas de las requeridas, lo que puso en riesgo a los países de ingresos bajos y medianos, y comprometió el suministro por parte del Mecanismo COVAX a los países que ya habían realizado pagos iniciales.

La facultad para incluir las vacunas contra la COVID-19 en la lista para uso de emergencia estaba limitada ya fuera a la OMS o a alguna de las seis autoridades regulatorias estrictas de Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido, la Unión Europea, Australia y Japón, lo que una vez más excluyó a cualquier autoridad regulatoria nacional con sede en un país de ingresos bajos y medianos. Esto impuso serias restricciones a los países que no tenían acceso a las vacunas certificadas por la OMS y por otras autoridades regulatorias. Dichos países se vieron “obligados” a comprar sus vacunas a compañías “no certificadas” (la vacuna Sputnik V, del Instituto Gamaleya de Investigación, y la vacuna Convidecia, desarrollada por CanSino Biologics). Sin embargo, esas vacunas no se consideraron válidas o aceptadas para viajar al extranjero.

La infodemia contribuyó a la difusión de mitos, noticias falsas, desconfianza en las organizaciones internacionales y reticencia ante las vacunas en toda la Región. Algunos medios de comunicación promovieron tratamientos peligrosos o experimentales y retórica anticientífica, como lo demostró su oposición a las vacunas y las medidas de prevención contra la COVID-19. Al mismo tiempo, la OPS/OMS estableció nuevas alianzas con Facebook y TikTok para participar en una campaña masiva contra la infodemia.

La diversidad cultural en la Región requería estrategias de comunicación específicas para la comunidad, con objeto de mitigar la infodemia y apoyar el cumplimiento de las medidas preventivas. La infodemia y las preocupaciones sobre la seguridad de las vacunas no aprobadas afectaron negativamente la respuesta y la demanda de vacunas. Conforme la pandemia avanzaba, el hecho de que las personas vacunadas se infectaran o fueran hospitalizadas redujo aún más la confianza en las vacunas. La OPS

rastreó y abordó la infodemia y la información errónea sobre salud en todos los países de la Región, por ejemplo, al apoyar campañas nacionales de comunicación; incorporar un laboratorio de percepciones y comunicación de riesgos (en México) para orientar los mensajes según los contextos epidemiológicos y culturales; y realizar estudios específicos de comunicación e investigación para comprender la reticencia a la vacunación en los grupos rurales e indígenas (en Guatemala).

En el cuadro 2 se resumen los factores que facilitaron y que obstaculizaron la respuesta de la OPS.

## CUADRO 2

### Resumen de los factores que facilitaron y que obstaculizaron la respuesta de la OPS

FACTORES FACILITADORES	FACTORES OBSTACULIZADORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandato, perspectiva regional y presencia singulares de la OPS.</li> <li>• Vasta experiencia técnica de la OPS.</li> <li>• Décadas de estrecha colaboración con los ministerios de salud (experiencia en preparación y respuesta ante las emergencias).</li> <li>• Integración en los centros de operaciones de emergencia.</li> <li>• Relaciones con Canadá y Estados Unidos.</li> <li>• Fondo Rotatorio y Fondo Estratégico consolidados.</li> <li>• Inversiones anteriores en digitalización de la OPS.</li> <li>• Adaptación de algunos procedimientos internos (administración, procesos logísticos).</li> <li>• Ampliación del programa de asistencia al empleado y algunas medidas de deber de cuidado.</li> </ul>	<p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emergencias simultáneas.</li> <li>• Heterogeneidad de los sistemas de salud.</li> <li>• Insuficiencia persistente de financiamiento para el sector de la salud en los países.</li> <li>• Falta de personal especializado en los países.</li> <li>• Falta de equipo y suministros médicos en los países.</li> <li>• Politización de la respuesta y cuestionamiento de la evidencia científica.</li> <li>• Infodemia.</li> <li>• Alteraciones en las cadenas de suministro y aumento de los costos de los suministros médicos.</li> <li>• Dependencia del Mecanismo COVAX.</li> <li>• Estructura de la gobernanza mundial en materia de salud y de la respuesta frente a las pandemias.</li> </ul> <hr/> <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis financiera y medidas de contención de costos.</li> <li>• Situación de recursos humanos y políticas de contratación.</li> <li>• Realización de funciones nuevas y adicionales por el personal de la OPS.</li> <li>• Capacidad operativa en algunos países.</li> <li>• Burocracia (retrasos, rigidez administrativa) para trabajar en la modalidad de emergencia a gran escala.</li> <li>• Comunicación entre la Sede y las representaciones en los países.</li> <li>• Centralización de las decisiones en la OMS en Ginebra.</li> </ul>

## 2.3 Eficiencia

### 2.3.1 En respuesta a la emergencia de COVID-19, ¿qué tan bien se adaptó la OPS al reasignar el uso del tiempo y los recursos, y la entrega oportuna de productos y servicios?

**Resumen de los principales resultados:** La OPS realizó esfuerzos notables y tomó medidas excepcionales para reasignar y reorientar recursos, estructuras organizacionales y procesos clave con objeto de responder a la pandemia, en especial dada su frágil situación financiera al inicio de esta. La OPS simplificó y aceleró algunos procesos administrativos y financieros y creó otros nuevos, equilibrando la flexibilidad con los mecanismos de control para garantizar la rendición de cuentas de la gestión de recursos durante la emergencia.

- A pesar de los esfuerzos realizados en todos los niveles dentro de la OPS, las limitaciones de recursos durante el primer año de la pandemia, resultantes de la falta de pago de las contribuciones señaladas por algunos Estados Miembros y de la burocracia interna (procedimientos administrativos complicados o inadecuados), colocaron a la Organización en una dicotomía entre el “querer hacer” (voluntad) y el “poder hacer” (recursos).
- La respuesta institucional de la OPS, la activación del sistema de gestión de incidentes y la adaptación e innovación en los procesos de compra fueron oportunas, pero la respuesta en otras áreas operativas (por ejemplo, la contratación de personal; la firma de acuerdos; o la respuesta a las contrapartes a nivel nacional, los asociados o los donantes) se percibió en general como lenta o insuficientemente adaptada a una crisis de gran escala.<sup>49</sup>
- El mandato singular de la OPS, las relaciones estratégicas con Canadá y Estados Unidos, y sus relaciones institucionales con los donantes facilitaron la movilización de recursos y el apoyo para la respuesta a la pandemia. Sin embargo, la pérdida de cierto grado de confianza en la función de la OPS con respecto a algunos aspectos fundamentales de la respuesta y en sus capacidades operativas; la burocracia interna; las deficiencias en información; y el desempeño limitado en la toma de decisiones obstaculizaron una mayor movilización de recursos.
- La priorización de la respuesta a la COVID-19 impidió que los programas regulares de la OPS se beneficiaran de los fondos adicionales. Gracias a los fondos adicionales relacionados con la COVID-19, la función de compras de la OPS evolucionó considerablemente hasta ocupar un espacio estratégico en la Organización y brindar más apoyo a los Estados Miembros.

<sup>49</sup> Datos recopilados mediante entrevistas con ministerios de salud, donantes y asociados.

En enero del 2020, la OPS se vio obligada a tomar decisiones excepcionales y activar mecanismos operativos para responder a dos crisis interrelacionadas y sin precedentes. En el plano interno, la OPS se encontraba en una situación financiera desesperada, que ponía en riesgo su continuidad como organización y debilitaba sus capacidades (reducción de personal, inversiones y programas).<sup>50</sup> Externamente, la OPS enfrentaba una emergencia mundial de salud pública sin precedentes.

Antes de que la pandemia azotara a la Región, la OPS ya había actualizado sus planes de continuidad operativa y había advertido a los Estados Miembros sobre una inminente crisis de salud. La activación temprana del sistema de gestión de incidentes fue el principal mecanismo interno (a nivel de la Sede y las representaciones en los países) para prestar apoyo a las medidas de respuesta de los Estados Miembros ante la emergencia.<sup>51</sup> La activación del sistema de gestión de incidentes (que implica una respuesta institucional de “toda la OPS”) implicó la “reasignación” de puestos de las unidades y programas regulares para apoyar la estructura organizacional de dicho sistema. La estructura del equipo de apoyo a la gestión de incidentes evolucionó durante la pandemia.<sup>52</sup> En un momento dado, para reforzar la configuración “clásica” de este equipo y la exhaustividad de la respuesta ante la emergencia, la Organización activó ocho equipos de trabajo técnicos (con personal de otros departamentos). Además, redirigió una parte considerable de su personal para apoyar la respuesta a la pandemia. El aumento de los fondos de emergencia le permitió contratar personal en puestos adicionales (principalmente consultores nacionales e internacionales) para fortalecer sus capacidades de respuesta. El aumento anual (en el 2020 y el 2021) de la contratación de consultores nacionales e internacionales de la OPS muestra varias tendencias importantes:

- El aumento de la contratación fue considerablemente mayor durante el segundo año de la pandemia (más del 58% en el 2021) que durante el primer año (más del 16% en el 2020). La contratación durante el primer año se vio restringida por las medidas de contención de costos adoptadas por la OPS debido a su grave situación financiera.
- En el 2019, la mayoría de los consultores contratados estaban al nivel de las representaciones en los países (62% en las representaciones en los países y 38% en la Sede), mientras que, en el 2021, la mayoría de los consultores estaban en la Sede (49% en las representaciones en los países y 51% en la Sede).
- En el 2019, los consultores nacionales representaron el 62% y los internacionales, el 38%, mientras que, en el 2021, los consultores nacionales representaron el 50% y los internacionales, el 50%.
- Hubo variaciones entre las representaciones en los países en materia de contratación de consultores (personal adicional de respuesta a la emergencia): mientras que en algunas representaciones en los

---

<sup>50</sup> “Las contribuciones señaladas pendientes de pago habían alcanzado un nivel sin precedentes en la historia de la Organización”. Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Informe final (CE166/FR).166.ª sesión del Comité Ejecutivo, 22 y 23 de junio del 2020. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56106>.

<sup>51</sup> Véase en las secciones anteriores una descripción detallada del apoyo del sistema de gestión de incidentes a los Estados Miembros.

<sup>52</sup> Véase la sección 2.1.5, “¿Cómo ha adaptado la OPS su respuesta durante las diversas fases de la pandemia?”.

países aumentó la contratación, en otras se mantuvo o se redujo el número de consultores durante los dos años de la pandemia.

- La notable disminución hacia fines del 2021, seguida de un rápido aumento en enero del 2022, refleja las dificultades administrativas registradas para conciliar las modalidades de contratación con la continuidad requerida para mantener el despliegue de personal a lo largo del tiempo.<sup>53</sup>

La activación del sistema de gestión de incidentes llevó a que se activara también el Fondo de Emergencia para Epidemias de la OPS, a fin de permitir la continuación de las actividades de cooperación técnica relacionadas con la pandemia, a pesar de las dificultades críticas de flujo de caja.<sup>54</sup> En mayo del 2020, en una sesión especial, el Comité Ejecutivo de la OPS autorizó a la Directora de la OPS a proporcionar a la cuenta de capitalización del Fondo Estratégico un préstamo interno de emergencia por un máximo de US\$ 50 millones<sup>55</sup> para apoyar a los Estados Miembros con la compra urgente de equipos médicos (89). El Comité Ejecutivo también autorizó la utilización de un máximo de US\$ 15 millones del Fondo Maestro de Inversiones de Capital y sugirió otras medidas.<sup>56</sup> Se instó a los Estados Miembros a garantizar el pago inmediato e íntegro de todas las contribuciones pendientes (88). Estas medidas financieras excepcionales pusieron de manifiesto la reasignación organizacional para mantener las funciones básicas de la OPS y apoyar a los Estados Miembros en su respuesta a la pandemia. En plena pandemia, en la que la Región de las Américas fue la región más afectada a nivel mundial, la OPS tuvo que tomar decisiones gerenciales para garantizar la continuidad de sus operaciones, a pesar de enfrentar dificultades financieras.

La pandemia afectó las previsiones presupuestarias del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. Los gastos del Presupuesto por Programas representaron el 22,9% de los gastos totales de la OPS en el 2020 y el 20,5% en el 2021 (120, 121). La pandemia acentuó la importancia del papel de la OPS en la compra de insumos médicos, como se refleja en el notable crecimiento de la partida presupuestaria de compras en nombre de los Estados Miembros entre el 2019 y el 2021 (US\$ 600 millones). En el 2021, el gasto para compras en nombre de los Estados Miembros fue 3,6 veces mayor que el gasto en el Presupuesto por Programas y 14,8 veces más que el gasto a través del programa especial de respuesta a brotes y crisis, que canalizó la mayor parte del financiamiento para la COVID-19. La disminución en la proporción relativa de gastos del Presupuesto por Programas se explica por el aumento del gasto para las compras en nombre de los Estados Miembros (del 71,5% al 73,7% entre el 2019 y el 2021) (véase la figura 6).

---

<sup>53</sup> Véase el anexo 5.3 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

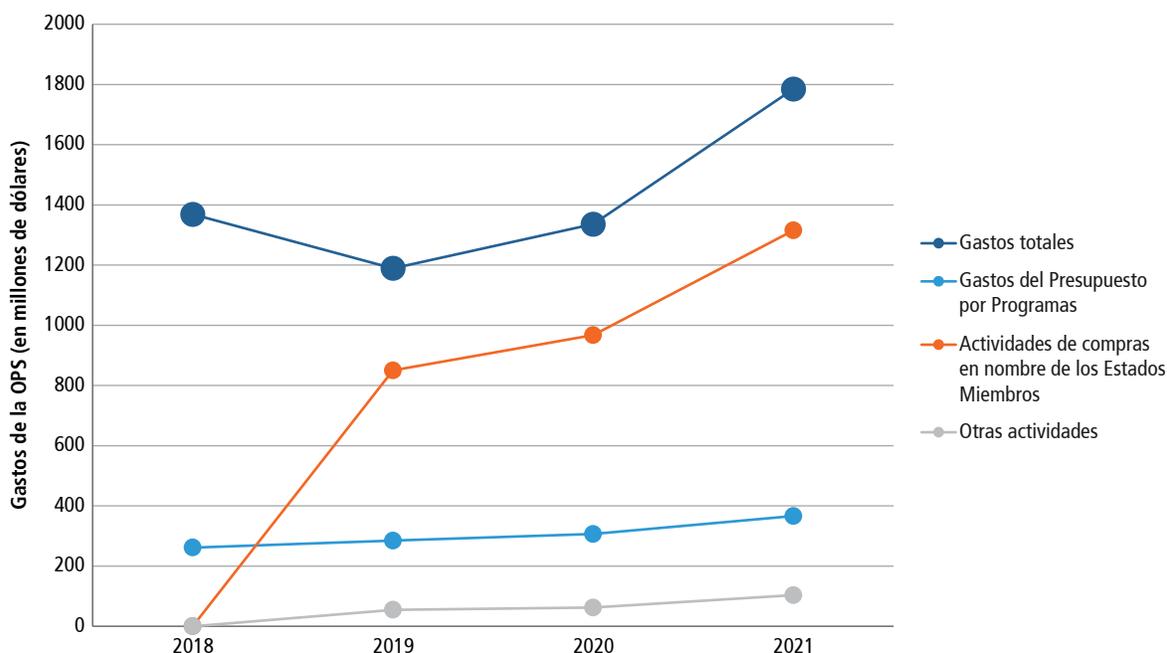
<sup>54</sup> El Fondo de Emergencia para Epidemias de la OPS presentaba un saldo de US\$ 537 000 al 31 de diciembre del 2019. Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo. 1 de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2020. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54489>.

<sup>55</sup> Al 30 de abril del 2020, la cuenta de capitalización del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (el Fondo Estratégico) tenía un saldo disponible de solo US\$ 2 millones, un nivel de capitalización y un saldo en efectivo disponible que no bastaban para cubrir las necesidades de los Estados Miembros que participan en el propio Fondo Estratégico para responder a la pandemia.

<sup>56</sup> Estas incluían el endeudamiento interno, la separación del servicio de una gran parte del personal de la OPS, las reducciones en el salario neto de los miembros del personal de la OPS y la interrupción de los programas técnicos.

**FIGURA 6**

### Desglose de los gastos de la OPS, en el que se distingue entre los gastos del Presupuesto por Programas y las compras en nombre de los Estados Miembros (2018-2021)



Fuentes: Organización Panamericana de la Salud. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo. 1 de enero del 2021 al 31 de diciembre del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-financiero-director-e-informe-auditor-externo-correspondientes-al-2021-documento>.

Organización Panamericana de la Salud. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo. 1 de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2020. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54489>.

Es muy importante entender la evolución de las compras, no solo en términos presupuestarios sino también en términos tecnológicos y organizacionales, ya que podría tener efectos estratégicos en el posicionamiento de la OPS y la planificación estratégica futura.

A principios del bienio 2020-2021, el monto total aprobado para el Presupuesto por Programas 2020-2021 era de US\$ 650 millones: US\$ 620 millones para programas básicos y US\$ 30 millones para programas especiales. En total, el Presupuesto por Programas 2020-2021 recibió un sobrefinanciamiento del 48%, es decir, US\$ 315 millones más que el presupuesto total aprobado, debido al aumento de los recursos movilizados para programas especiales (US\$ 329 millones, o diez veces más de lo presupuestado). De esta cantidad, el 85% (US\$ 280 millones) se presupuestaron para el programa de respuesta a los brotes y las crisis, a fin de abordar la pandemia de COVID-19 y otras emergencias de salud. Los programas básicos recibieron un sobrefinanciamiento de solo US\$ 16 millones (más del 3%), principalmente derivado del resultado intermedio 25 (detección y respuesta ante emergencias de salud).

La OPS se movilizó para obtener fondos extraordinarios para la respuesta a la pandemia;<sup>57</sup> el primer llamamiento de la OPS a los donantes se publicó el 5 de marzo del 2020. La organización se puso en contacto con los Estados Miembros para movilizar contribuciones voluntarias, estableció acuerdos con los donantes habituales (por ejemplo, al redirigir los presupuestos de los programas regulares a la respuesta ante la emergencia y aprovechar los presupuestos adicionales) y amplió la cartera de nuevos donantes. Durante el 2020 y el 2021, la OPS recaudó US\$ 210,6 millones en contribuciones voluntarias y US\$ 142 millones en fondos de emergencia provenientes de una base de donantes ampliada.

El Departamento de Gestión de Compras y Suministros de la OPS puso en práctica dos plataformas innovadoras de inteligencia artificial para automatizar el proceso de solicitud de órdenes de compra (MIA) y crear notificaciones anticipadas de envío (MAX). Ambas plataformas estaban vinculadas a Workday, la solución existente de planificación de los recursos institucionales de la OPS, y se ampliaron rápidamente para ayudar a los Estados Miembros a acelerar la compra de productos médicos estratégicos, incluidas las vacunas contra la COVID-19.<sup>58</sup> El Departamento de Compras de la OPS también participó en negociaciones con nuevos proveedores, para encontrar soluciones en un mercado mundial colapsado, y exploró vías alternativas para superar las interrupciones de las cadenas de suministro mundiales.

### **2.3.2 ¿Qué medidas y procedimientos organizacionales funcionaron bien y cuáles no funcionaron bien para entregar a tiempo y dentro del presupuesto?**

**Resumen de los principales resultados:** A pesar de los esfuerzos realizados a nivel institucional para adoptar mecanismos y procedimientos de trabajo más ágiles y flexibles, la burocracia interna de la OPS provocó retrasos y rigidez administrativa. Esto afectó la eficiencia de la prestación de servicios a los Estados Miembros y fue motivo de pérdida de oportunidades de financiamiento, insatisfacción entre algunos donantes y asociados, dificultades en la contratación de personal y retrasos en la firma de acuerdos. Además, la doble gestión de las compras por medio del Mecanismo COVAX y de acuerdos bilaterales añadió complejidad a los procesos de compra.

La burocracia interna de la OPS se convirtió en uno de los principales factores que obstaculizaron la prestación de servicios (por ejemplo, la cooperación técnica) y la entrega de productos (por ejemplo, insumos médicos y vacunas) más eficientes. La burocracia de la OPS, en especial en lo relativo a los recursos humanos, las compras y los procesos legales, provocó retrasos y rigidez administrativa. Algunos

<sup>57</sup> Véase más adelante la sección 2.3.4 “¿Qué factores influyeron en la capacidad de la OPS para movilizar rápidamente el apoyo para la respuesta a la pandemia?”.

<sup>58</sup> La OPS recibió el Premio Mundial de Compras al Impacto Digital por la puesta en marcha de las soluciones MIA y MAX durante la pandemia.

de los procedimientos de la OPS no se consideraron lo bastante flexibles como para operar en una emergencia a gran escala en comparación con los de otros organismos (92, 122). La burocracia también ocasionó la pérdida de oportunidades de financiamiento e insatisfacción de algunos donantes y asociados. Hubo brechas de comunicación entre las representaciones en los países y la Sede, y retrasos en la contratación de personal y la firma de acuerdos. Varios informantes externos comentaron que la “burocracia histórica” de la OPS afectó la agilidad de la Organización para responder a la pandemia.

Los tiempos de respuesta de la OPS se alargaron, y en algunos casos no hubo respuesta a solicitudes importantes de los asociados, tanto por parte de la Sede como de las representaciones en los países. Varios informantes también mencionaron que la falta de flexibilidad administrativa de la OPS obstaculizó y retrasó el establecimiento de mecanismos de trabajo conjuntos que se adaptaran mejor a las circunstancias excepcionales planteadas por la pandemia.

En materia de compras, hay un amplio reconocimiento de la capacidad de la OPS para apoyar las compras a gran escala de vacunas y equipos médicos esenciales de calidad. Sin embargo, se señalaron retrasos en la compra de equipos y vacunas a través de la OPS. También se mencionaron procedimientos que no estaban adaptados o no eran lo suficientemente flexibles para responder a las necesidades de los Estados Miembros.

Hubo una gestión paralela de la compra de vacunas, a través de COVAX y por medio de acuerdos bilaterales. La OPS estaba obligada a gestionar la compra de vacunas a través de COVAX. Tras presiones de los Estados Miembros, la OPS también tuvo que apoyar las negociaciones bilaterales con los fabricantes de vacunas a consecuencia de los retrasos en el acceso a través de COVAX. Gestionar dos procesos por separado para el mismo fin y responder a realidades nacionales muy diversas generó una mayor complejidad para la unidad de compras. Lo anterior afectó en particular al Caribe y a otros países (como Guatemala) a los que la ley les impedía realizar negociaciones bilaterales con los fabricantes.

La rotación del personal de la OPS<sup>59</sup> en países donde el impacto de la pandemia fue especialmente grave, o que estaban sufriendo otras crisis, dio lugar a una sensación de desorganización (por ejemplo, falta de un punto focal de la OPS). Esto planteó dificultades para coordinarse o comunicarse con las contrapartes y los asociados a nivel nacional.

La decisión de la OPS de trabajar de forma remota y de evacuar al personal en algunos países produjo el cierre de representaciones en los países durante momentos críticos de la respuesta. Esto generó malentendidos en los ministerios de salud o los centros de operaciones de emergencia cuando más se necesitaba el apoyo de la OPS.

---

<sup>59</sup> La rotación del personal parece haber afectado especialmente a las representaciones en los países, según las entrevistas con personal de la OPS a nivel de país, aunque no se tienen datos cuantitativos.

### **2.3.3 ¿Cómo afectó la reasignación a la ejecución regular de los programas de la OPS (incluidos los efectos de la crisis financiera y la capacidad de la OPS para movilizar recursos y cubrir algunas de las funciones esenciales sin financiamiento)?**

**Resumen de los principales resultados:** Los programas regulares de la OPS se vieron afectados durante la pandemia por limitaciones operativas, financieras y de recursos humanos. Internamente, se asignó al personal de los programas regulares de la OPS para apoyar la respuesta a la pandemia. El presupuesto se redirigió a la respuesta a la pandemia, y se asignó poco o ningún financiamiento a los programas regulares. Dentro de los países, la reasignación del personal de salud para responder a la pandemia dio lugar a alteraciones en los programas y servicios regulares de salud.

Los sistemas nacionales de salud redirigieron la mayoría de sus profesionales y recursos de salud a la respuesta a la emergencia y, más tarde, a la vacunación contra la COVID-19. Hay evidencia que indica que la pandemia contribuyó al deterioro de numerosos indicadores de salud. Dentro de la OPS (tanto en la Sede como en las representaciones en los países), los recursos humanos también se concentraron para responder a la pandemia. A nivel de los países, el personal de la OPS se encontró sin contrapartes, lo que limitó su capacidad para mitigar la repercusión de la pandemia en otros programas y servicios de salud (por ejemplo, atención primaria, enfermedades infecciosas desatendidas, enfermedades no transmisibles, salud mental, vacunas).

Los programas regulares, que ya estaban subfinanciados antes de la pandemia, siguieron sin recibir apoyo. Sin embargo, una pequeña parte de los fondos para la pandemia se utilizó para cubrir los costos operativos de la OPS, lo cual fue esencial para mantener las operaciones de la Organización y garantizar su capacidad de prestación de servicios.

### **2.3.4 ¿Qué factores influyeron en la capacidad de la OPS para movilizar rápidamente el apoyo para la respuesta a la pandemia?**

**Resumen de los principales resultados:** El mandato regional único y especializado de la OPS fue en sí mismo un factor clave para obtener apoyo financiero, político e institucional. Las relaciones estratégicas entre Canadá, Estados Unidos y la OPS fueron fundamentales para movilizar la cooperación técnica, obtener recursos financieros, proporcionar conocimientos técnicos y donar vacunas a otros ministerios de salud de la Región, una vez que se cubrieron las necesidades internas de los dos países.

- La OPS pudo ampliar o consolidar las relaciones con donantes multilaterales y bilaterales, así como con el sector privado. También logró atraer el interés de donantes y asociados.



El mandato de la OPS se vio respaldado por décadas de trabajo conjunto con los ministerios de salud, la diplomacia institucional desplegada por la OPS (tanto a nivel de la Sede como de las representaciones en los países) y la experiencia técnica de sus profesionales. En algunos países, las representaciones en los países tenían buenas relaciones y comunicación con las autoridades a nivel subnacional, lo que representó una ventaja adicional durante la respuesta.

La OPS también tenía dos mecanismos regionales consolidados de compra de insumos médicos y vacunas, el Fondo Estratégico y el Fondo Rotatorio, apreciados por la mayoría de los ministerios de salud. Además, la capacidad logística del almacén de Panamá dio pie a que algunos países y donantes confiaran en la OPS para la distribución a gran escala de insumos médicos esenciales.

La diplomacia institucional de la OPS y las buenas relaciones con los donantes fueron fundamentales para movilizar fondos para la respuesta. La presencia activa desde tiempo atrás de Canadá en la OPS se reflejó en el financiamiento humanitario de emergencia inicial (CAD 7,5 millones) y, más tarde, en las subvenciones adicionales para apoyar la vacunación contra la COVID-19 (CAD 80 millones) y las capacidades para la producción de vacunas en la Región (CAD 15 millones), un área novedosa de prioridad estratégica.

Canadá brindó cooperación técnica y apoyo logístico por medio de la Agencia de Salud Pública de Canadá, el Ministerio de Asuntos Mundiales de Canadá y el ejército. En el 2021, el cambio en la presidencia de Estados Unidos fue crucial no solo para reactivar el apoyo financiero de Estados Unidos a la OPS/OMS, sino también para establecer relaciones institucionales y técnicas renovadas con una mayor variedad de instituciones de ese país.<sup>60</sup>

La OPS pudo ampliar o consolidar las relaciones con donantes multilaterales y bilaterales (por ejemplo, la Unión Europea, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, Alemania), donantes privados y organizaciones filantrópicas. Por primera vez, la OPS introdujo un mecanismo de recaudación de fondos dirigido a donantes individuales.

La relación con la OMS permitió a la OPS acceder al conocimiento científico mundial sobre la COVID-19, a datos sobre el comportamiento y los patrones de la pandemia en otras regiones y a mecanismos mundiales de financiamiento que fueron útiles para la Región de las Américas.

En lo externo, la participación de la OPS en foros y mecanismos mundiales fue limitada. Estos mecanismos estaban tomando decisiones cruciales sobre estrategias de respuesta a la pandemia y financiamiento internacional que tuvieron repercusiones en la Región de las Américas. Las controversias políticas relativas a la evidencia científica y la reticencia a la vacunación dificultaron el obtener un apoyo más decisivo para las campañas de vacunación contra la COVID-19 en varios países de la Región.

### **2.3.5 ¿Hasta qué grado las medidas de deber de cuidado de la OPS contribuyeron a proteger la salud y el bienestar del personal de la Organización y a garantizar la continuidad del apoyo que presta?**

**Resumen de los principales resultados:** Existe un amplio reconocimiento de que los logros de la OPS durante la pandemia se debieron al compromiso y profesionalismo de su personal, aunque con un alto costo en lo individual. La OPS extendió su programa de asistencia al empleado, incluidos los servicios de consejería y la modalidad existente de teletrabajo, como parte de la política del deber de cuidado.

- El teletrabajo permitió a la Organización continuar sus operaciones, pero afectó la capacidad del personal de la OPS para prestar cooperación técnica e interactuar con algunas contrapartes a nivel nacional durante los momentos iniciales y críticos de la pandemia.
- Lograr un equilibrio satisfactorio entre la vida laboral y personal mientras se trabajaba desde casa fue un desafío para el personal de la OPS que se desempeñaba a distancia. La carga de trabajo aumentó considerablemente, y muchos trabajaron largas jornadas, especialmente durante el primer año de la pandemia.

<sup>60</sup> Véase el anexo 5.3 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

- El personal de la OPS enfrentó desafíos para su bienestar y sufrió pérdidas personales. El proceso de contratación estaba detenido al inicio (debido a las políticas de contención de costos en vigor), y las medidas adoptadas por la OPS no estuvieron al alcance de todo el personal ni fueron suficientes para apoyar su salud mental y su bienestar.
- Los miembros del personal de la OPS, especialmente de las representaciones en los países, señalaron que la OPS no les dio prioridad a ellos ni a sus familias para la vacunación contra la COVID-19.

Con el objeto de proteger a su personal, la OPS preparó lineamientos para el personal de la Sede y las representaciones en los países, de conformidad con las políticas de la OMS, y amplió su modalidad de teletrabajo y su programa de asistencia al personal, incluidos los servicios de consejería. La OPS brindó información sobre cómo proceder si alguno de los miembros del personal enfermaba debido a la pandemia y ofreció equipo para trabajar en casa. Para abordar el tema de salud y bienestar, se mejoró una página web ya existente con el fin de incluir información sobre la pandemia y proporcionar orientación en cuanto a los viajes, actualizar la información sobre el apoyo psicológico y médico, incluir los procedimientos de evacuación médica y poner a disposición un formulario para notificar los casos positivos a COVID-19 (123).

Si bien la OPS se adaptó rápidamente para proporcionar condiciones especiales de trabajo y apoyo al bienestar de su personal, muchos de sus integrantes enfrentaron sobrecarga de trabajo y presión, en especial quienes trabajaron directamente en la respuesta a la pandemia, lo que causó síndrome de desgaste profesional, fatiga y agotamiento.<sup>61</sup> Durante el primer año de la pandemia, la OPS solo pudo contratar de manera limitada, debido a las medidas de contención de costos. No fue sino hasta mediados del 2021 que la OPS pudo movilizar masivamente recursos humanos adicionales. Asimismo, los encuestados señalaron los desequilibrios entre los departamentos en cuanto al número de personal. Algunos centros de costos tenían más personal, mientras que otros tuvieron equipos más pequeños, pero una mayor carga de responsabilidades y demandas durante la respuesta a la emergencia.<sup>62</sup>

El Departamento de Emergencias de Salud (PHE, por su sigla en inglés) y el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS, por su sigla en inglés) de la OPS trabajaron casi sin parar como parte del equipo de apoyo para la gestión de incidentes desde el inicio de la pandemia, según se mencionó en las entrevistas y encuestas.<sup>63</sup> Varios miembros del personal del PHE han presentado síntomas relacionados con el desgaste profesional como resultado de la intensa carga de trabajo y el estrés persistente.

---

<sup>61</sup> Entrevistas: Sede de la OPS y representaciones en los países; encuesta: preguntas abiertas.

<sup>62</sup> Preguntas abiertas de la encuesta.

<sup>63</sup> Preguntas abiertas de la encuesta.

## **Teletrabajo**

La decisión de la OPS de ampliar una modalidad existente de trabajo remoto como parte de su política de deber de cuidado redujo la posible exposición del personal al virus y permitió a la Organización continuar sus operaciones, al mismo tiempo que protegía al personal y a sus familias (124).<sup>64</sup>

La mayoría del personal de la OPS que respondió a la encuesta (89%, 769 encuestados) trabajó de forma remota durante la pandemia (tanto a distancia como mediante un modelo híbrido) y señaló que el teletrabajo no afectó negativamente su productividad (81%, 620 encuestados) (124, 125). El teletrabajo también permitió un mejor equilibrio entre la vida laboral y personal, además de contribuir al bienestar personal, según lo informó el 82% (622 encuestados).

Los efectos negativos del teletrabajo y su efecto en la productividad se hicieron patentes al brindar cooperación técnica o interactuar con las contrapartes a nivel nacional (30, 124). Además, trabajar desde casa en ocasiones fue un desafío, en especial para las mujeres, quienes a menudo descubrieron que se esperaba que atendieran asuntos familiares y domésticos apremiantes además de sus obligaciones profesionales (124). Según las encuestas, la pandemia afectó el equilibrio entre la vida laboral y personal del 90% de los encuestados (782 encuestados), ya fuera de manera positiva (37%) o negativa (51%), pero las mujeres se vieron ligeramente más afectadas en sentido negativo que los hombres (53% frente a 48%, respectivamente).

La OPS adoptó medidas para flexibilizar los horarios de trabajo, aligerar la carga administrativa (por ejemplo, se simplificó la notificación de las licencias por enfermedad) y los desafíos del trabajo remoto, y proporcionar sesiones de consejería gratuitas sobre salud mental (124). Sin embargo, estas medidas no estuvieron al alcance de todo el personal, y no fueron suficientes para apoyar su salud mental y bienestar (126).<sup>65</sup>

Con respecto al acceso a opciones o instalaciones para apoyar la salud y el bienestar del personal de la OPS, el 51% de los encuestados declararon que la OPS proporcionó algunos recursos para su salud y bienestar, pero pocas personas accedieron a ellos; solo el 19% tuvieron acceso a servicios de consejería y profesionales de la salud mental de forma gratuita; el 18%, a horarios de trabajo flexibles; el 15%, a un apoyo reconocido para acceder a vacunas o pruebas de COVID-19 y recibir atención médica en caso de presentar síntomas; el 10%, a un apoyo reconocido para conciliar la vida personal y laboral; y el 4%, a actividades de tiempo libre para socializar.

---

<sup>64</sup> Constitución de la OPS de 1947, artículo 1. "Propósitos: La Organización Panamericana de la Salud (denominada en adelante la Organización) tendrá como propósitos fundamentales la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes". Véase también el Código Sanitario Panamericano.

<sup>65</sup> La Unidad de Salud y Bienestar desplegó una intensa actividad para prestar apoyo y proporcionar directrices sobre medidas de salud mental personal. La unidad ha ampliado los recursos en materia de asesoramiento sobre salud mental, que solían estar disponibles solo para la Sede, a las representaciones en los países u otros centros. Entre ellos había un programa de servicios de salud mental de la OPS, el cual brindaba apoyo mediante mensajes de texto, correos electrónicos y chat en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, tanto a la Sede como a las representaciones en los países y otros centros. Mediante este programa, el personal podía hablar sobre cualquier problema y sostener una sesión de consejería con un psicólogo.

## **Bienestar**

Existe un amplio consenso de que los logros de la OPS durante la pandemia se debieron al compromiso y profesionalismo de su personal. Sin embargo, este compromiso tuvo un costo para el bienestar y en términos de pérdidas personales. Entre los encuestados, 45% declararon que habían perdido a un amigo o colega debido a la COVID-19 y que no recibieron suficiente apoyo de la Organización. El nivel de estrés que sufrió el personal aumentó durante la pandemia (81%); las mujeres se vieron un poco más afectadas que los hombres (82% frente a 78%, respectivamente) debido a la intensa carga de trabajo (64%), la dificultad para equilibrar la vida laboral y personal (43%), el miedo a la COVID-19 (43%), los problemas de salud (38%), los plazos cortos para las entregas o tareas en el trabajo (38%), la crisis financiera (25%) y el cuidado de familiares enfermos (22%).<sup>66</sup>

El personal de la OPS asumió varias tareas además de sus responsabilidades habituales, lo que contribuyó al aumento de la carga de trabajo y de los niveles de estrés. El personal técnico tenía que atender diferentes tareas al mismo tiempo (por ejemplo, gestión de proyectos, recursos humanos y finanzas) sin el apoyo de nuevos colaboradores. En varias entrevistas en la Sede y en las representaciones en los países se mencionó la necesidad de modificar las políticas de contratación para aligerar la carga de trabajo y mejorar las condiciones de trabajo y remuneración.

## **Vacunación contra la COVID-19**

La OPS contribuyó activamente a facilitar el despliegue de las vacunas contra la COVID-19 compradas por las Naciones Unidas para el personal de las representaciones de la OPS/OMS y los centros panamericanos en la Región (127). Sin embargo, el personal de la OPS, especialmente en las representaciones en los países, percibió que la OPS no priorizaba la vacunación del personal y sus familias. En los lineamientos de la OPS para su personal se indicaba que debían seguir la decisión tomada por el país en el que se encontraran trabajando.<sup>67</sup> Esto generó tensión e incomodidad entre el personal, especialmente quienes estaban en la “primera línea”, trabajando directamente con los ministerios de salud, o en las representaciones que siguieron funcionando y las que estaban ubicadas en países donde había una alta incidencia de la infección.

Debido a lo anterior, se reconocieron dos casos durante la evaluación en los que el personal de la OPS no respetó los lineamientos internos, se vacunó fuera del esquema de vacunación del país y tuvo que renunciar. Para proteger a sus trabajadores contingentes,<sup>68</sup> la OPS contrató una póliza de seguro que se puso a disposición de todos los consultores que trabajaban directamente en la respuesta a la emergencia por la COVID-19.

---

<sup>66</sup> Véase el anexo 6, “Resultados de la encuesta”, en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

<sup>67</sup> En otras palabras, “las autoridades nacionales correspondientes tenían la decisión final de quién debía recibir la vacuna en sus países”.

<sup>68</sup> Solo trabajadores contingentes, como consultores, pasantes y asesores temporales nacionales e internacionales de la OPS.

## Equipo

Los encuestados señalaron que, para brindar apoyo al trabajo durante la pandemia, la OPS proporcionó suministros y equipos para el teletrabajo (por ejemplo, acceso a internet, computadora, pantallas, teclado y ratón) (57%); orientación y soporte informáticos (56%); y orientación sobre ergonomía (35%). El número de computadoras portátiles aumentó considerablemente, mientras que el número de computadoras de escritorio disminuyó. La mayoría de estos recursos se pusieron a disposición durante el segundo año de la pandemia (2021), a pesar de que el teletrabajo obligatorio se inició en el 2020.

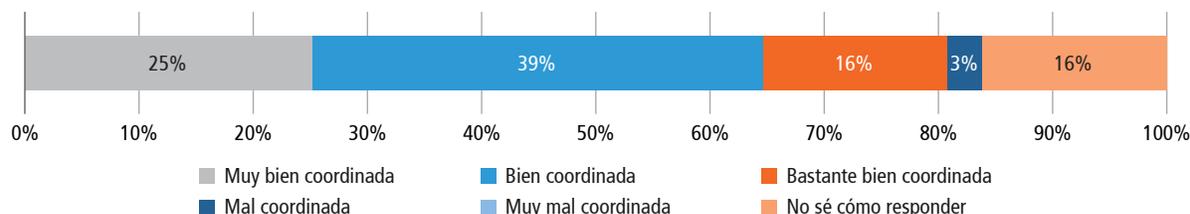
## 2.4 Coordinación

### **2.4.1 ¿Cómo ha colaborado la OPS con sus asociados, incluidos otros organismos de las Naciones Unidas, instituciones regionales, instituciones académicas, ONG, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado, para garantizar que se preste atención a las necesidades nacionales? ¿Qué tan bien coordinó la OPS su respuesta para garantizar una respuesta oportuna y costo-eficaz y evitar la duplicación?**

**Resumen de los principales resultados:** En general, la función de coordinación de la OPS dentro de los equipos de las Naciones Unidas en los países se consideró útil. En particular, el trabajo conjunto a través del Depósito de Suministros Humanitarios de las Naciones Unidas en Panamá reforzó notablemente las capacidades logísticas y de distribución regionales. Además, la OPS contribuyó a realizar mesas redondas con donantes y a proporcionar orientación a los Estados Miembros sobre las oportunidades de financiamiento y apoyo. La OPS colaboró con los asociados existentes durante la respuesta a la COVID-19, teniendo en cuenta su experiencia y sus capacidades regionales y nacionales, y también estableció alianzas con organizaciones diferentes y en mayor número para movilizar recursos, con el fin de aumentar el alcance y la cobertura de sus programas y fomentar la cooperación.

La OPS fue el principal organismo que coordinó la respuesta de salud a la pandemia y actuó como un enlace entre los Estados Miembros, los organismos de las Naciones Unidas, los donantes, los asociados y las partes interesadas de diversos sectores. En general, el trabajo conjunto entre la OPS y el resto de los organismos de las Naciones Unidas se fortaleció durante la pandemia. Lo oportuno de la reacción institucional de la OPS a la pandemia y el intercambio de información mundial y regional sobre la evolución de la pandemia dentro de los equipos de las Naciones Unidas en los países (y otros actores humanitarios y vinculados con el desarrollo) se percibieron positivamente. Según las encuestas, el 64% de los encuestados señaló que la respuesta de la OPS se coordinó bien o muy bien (véase la figura 7).

La evaluación no pudo documentar y evaluar a fondo la coordinación entre la OMS y la OPS durante la pandemia. Al parecer, hubo interacciones intensas a nivel del personal directivo superior, operativo y técnico, así como esfuerzos de los grupos de trabajo conjunto para ajustar periódicamente los planes de respuesta a la pandemia y proporcionar a la comunidad internacional la información científica y

**FIGURA 7****Grado en que la OPS coordinó su respuesta para garantizar una respuesta oportuna y costo-eficaz, y evitar duplicaciones**

Nota: todas las cifras porcentuales han sido redondeadas al alza.

Fuente: Encuesta de Gallup y Kobo al personal de la OPS como parte de la evaluación de la respuesta de la OPS, 2022.

epidemiológica más actualizada. Sin embargo, la consonancia entre la OMS y la OPS en ciertos temas no parece haber sido óptima, lo que generó confusión en momentos críticos de la pandemia. Esto apunta a la necesidad de replantear los mecanismos de coordinación entre los niveles regional y mundial durante las emergencias de salud pública a gran escala.

Se han documentado sinergias particulares con el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el UNICEF. En Panamá, la coordinación con el PMA, en particular a través del Depósito de Suministros Humanitarios de las Naciones Unidas, fue fundamental y eficaz para entregar 747 toneladas de insumos médicos a 36 países afectados, mediante 348 envíos internacionales. La OPS, el PMA y el Gobierno de Canadá movilizaron aviones militares para distribuir rápidamente suministros médicos. Además, la capacidad instalada del Depósito de Suministros Humanitarios de las Naciones Unidas fue fundamental para responder eficazmente ante las emergencias concurrentes en la subregión (por ejemplo, los huracanes Eta e Iota, el terremoto en Haití o la erupción volcánica en San Vicente y las Granadinas). En cuanto al UNICEF, la coordinación entre los dos organismos en algunos países pareció difícil y no se exploraron suficientemente las sinergias.

En cuanto al sector privado, las nuevas alianzas establecidas demuestran cómo la OPS puede atraer a actores nuevos a través de métodos innovadores, para colaborar y aprovechar recursos frescos a fin de fortalecer su respuesta de emergencia. Además, las nuevas alianzas con organizaciones de logística pueden continuar facilitando el trabajo de la OPS durante otras respuestas de emergencia, incluida la respuesta a los desastres y los brotes. Como resultado de los esfuerzos realizados por las instituciones académicas y de investigación, las nuevas redes de vigilancia y diagnóstico se mantendrán operativas para futuros brotes.

En el cuadro 3 se presenta una evaluación de la coordinación entre actores de distintas categorías.

**CUADRO 3**

**Coordinación y transformación de ciertas alianzas durante la respuesta a la pandemia**

TIPOS DE ALIANZAS	ACCIONES Y ACTIVIDADES DE LAS ALIANZAS <sup>a</sup>	TRANSFORMACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS ALIANZAS
<b>Instituciones académicas y de investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secuenciación y vigilancia genómica del SARS-CoV-2.</li> <li>• Capacitar a profesionales de países latinoamericanos para el diagnóstico de la COVID-19.</li> <li>• Elaborar y aplicar protocolos de detección molecular (basados en PCR) para la detección temprana de variantes preocupantes y la vigilancia epidemiológica.</li> <li>• Producir la vacuna contra la COVID-19 de AstraZeneca.</li> <li>• Evaluar los kits de diagnóstico comerciales.</li> <li>• Elaborar una <a href="#">herramienta sobre enfermedades concurrentes y COVID-19</a>, que permitió a los países determinar el número de personas con un riesgo mayor de COVID-19 grave debido a afecciones subyacentes.</li> <li>• Elaborar herramientas para calcular el número efectivo de reproducción (Rt) con el uso de la aplicación EpiEstim y proyectar posibles infecciones nuevas, así como conocer mejor la dinámica de la pandemia utilizando una aplicación correspondiente basada en la web.</li> </ul>	<p>Aunque la OPS ya colaboraba con muchas instituciones académicas y de investigación, la pandemia permitió que estas relaciones crecieran y que la capacidad regional y la respuesta subnacional a la pandemia se expandieran.</p> <p>Gracias a la relación con instituciones académicas y de investigación, la OPS pudo desarrollar y aplicar herramientas de diagnóstico y vigilancia en los países, integrando a los Estados Miembros en una red de vigilancia para detectar variantes del SARS-CoV-2.</p>
<b>Organizaciones gubernamentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar un plan de contingencia subregional para la COVID-19, en el cual la OPS brindó cooperación técnica e información especial sobre epidemias, en particular para la respuesta a la COVID-19 durante la temporada de huracanes (Eta e Iota).<sup>b</sup></li> <li>• Mejorar el acceso a servicios de salud de calidad para los grupos de población más vulnerables de la Región, mediante el fortalecimiento de sistemas de salud sostenibles y la reducción de las desigualdades en materia de salud.</li> </ul>	<p>Aunque ya establecida, la colaboración con los gobiernos y los organismos públicos se fortaleció durante la respuesta a la pandemia. Estas relaciones permitieron a la OPS proporcionar una respuesta en las subregiones adaptada sus contextos.</p> <p>Por el contrario, la posterior falta de consonancia entre la Sede de la OPS y las representaciones en los países, los retrasos en la compra y entrega de suministros y las diferencias en las expectativas sobre presentación de información, comprometieron la coordinación entre las organizaciones.<sup>c</sup></p>

**CUADRO 3** (continuación)

TIPOS DE ALIANZAS	ACCIONES Y ACTIVIDADES DE LAS ALIANZAS <sup>a</sup>	TRANSFORMACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS ALIANZAS
<b>Organizaciones gubernamentales (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrarse en la mejora de los resultados de salud en los ámbitos de la tuberculosis, la malaria, las enfermedades infecciosas desatendidas y la salud materna, neonatal, infantil y adolescente durante la pandemia de COVID-19.</li> <li>• Apoyar la creación de un programa de capacitación sobre prevención y control de infecciones para Centroamérica.</li> <li>• Contribuir al fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica.</li> </ul>	
<b>ONG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar servicios logísticos y soluciones de transporte para el envío de equipo de protección personal y suministros clínicos y de laboratorio a los países necesitados, incluidos Barbados, Haití, Honduras y la República Bolivariana de Venezuela.</li> </ul>	El trabajo de colaboración con las organizaciones permitió a la OPS transformar su labor en los países, desde la cooperación técnica hasta la expansión de actividades tales como la logística y la cadena de suministro. La coordinación con algunos asociados se vio comprometida por dificultades en materia de procedimientos logísticos y por la lenta comunicación interna entre las representaciones en los países y la Sede de la OPS. <sup>d</sup>
<b>Fundaciones filantrópicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar a mayor escala el uso en la Región de las Américas de las pruebas diagnósticas rápidas para el SARS-CoV-2 basadas en antígenos.</li> <li>• Prestar apoyo a las actividades y proyectos sobre realización de pruebas y rastreo de casos.</li> <li>• Crear el Mecanismo COVAX, con la participación de la OPS como asociado estratégico para distribuir vacunas contra la COVID-19 en la Región de las Américas.</li> </ul>	Las alianzas con organizaciones filantrópicas permitieron a la OPS no solo reunir recursos financieros, sino también fortalecer los laboratorios nacionales y las redes de vigilancia al ampliar el uso de recursos para la creación de nuevas herramientas de diagnóstico y vigilancia epidemiológica.
<b>Organismos de las Naciones Unidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar a los asociados humanitarios para evitar la duplicación de tareas y garantizar el aprovechamiento óptimo de los recursos.</li> <li>• Trabajar de manera colaborativa en los temas de información de mercado y escasez de vacunas, aparte de las vacunas contra la COVID-19.<sup>e</sup></li> <li>• Facilitar y acelerar el acceso a los productos, especialmente las vacunas.</li> </ul>	Las relaciones existentes con las organizaciones de las Naciones Unidas se aprovecharon aún más durante la pandemia. La OPS acrecentó sus alianzas con los organismos de las Naciones Unidas, lo que contribuyó a fortalecer las relaciones existentes y a coordinar una mejor respuesta a la pandemia. Sin embargo, para algunas organizaciones de las Naciones Unidas resultó difícil colaborar con la OPS debido a su particular estructura y procesos internos, que difieren de los de otras organizaciones de las Naciones Unidas.

**CUADRO 3** (continuación)

TIPOS DE ALIANZAS	ACCIONES Y ACTIVIDADES DE LAS ALIANZAS <sup>a</sup>	TRANSFORMACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS ALIANZAS
<b>Organismos de las Naciones Unidas (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear la Plataforma de Asociados contra la COVID-19, un espacio de colaboración en línea para facilitar la coordinación y la gobernanza entre los países, los equipos de las Naciones Unidas en los países, los donantes y los asociados, que permitió una respuesta ágil a la COVID-19 en la Región.</li> </ul>	
<b>Sector privado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la comunicación con el público, con infografías en inglés, portugués, español, neerlandés, criollo haitianos y lenguas indígenas.</li> <li>• Permitir que la OPS difundiera anuncios con mensajes de salud pública sobre la COVID-19, sin costo para la Organización.</li> <li>• Donar créditos publicitarios para que la OPS los usara en publicaciones sobre la COVID-19.</li> <li>• Proporcionar sesiones de capacitación (incluida una sobre comunicaciones en respuesta a las crisis) en las que participó personal de la OPS.</li> <li>• Promover un enfoque basado en los riesgos para las medidas relacionadas con los viajes internacionales en la Región de las Américas.</li> </ul>	<p>A fin de abordar la respuesta a la pandemia, la OPS mostró más apertura para colaborar con muchas organizaciones privadas, incluidas las redes sociales y las organizaciones de finanzas y logística. Estas alianzas contribuyeron a reforzar las capacidades de aplicación y a forjar nuevas formas de colaboración.</p>
<b>Instituciones financieras internacionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiar la compra de vacunas e insumos por parte de algunos Estados Miembros, con el apoyo de la OPS en el desarrollo de licitaciones y acuerdos.</li> </ul>	<p>La OPS recurrió a las instituciones financieras internacionales para cubrir algunos de los pagos anticipados y una parte del financiamiento para esas vacunas. La relación entre dichas instituciones y la OPS fue difícil, debido a la rigidez administrativa y a la lentitud de los procesos internos de la OPS.</p>

Notas: <sup>a</sup> Organización Panamericana de la Salud. Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 hasta el 31 de diciembre del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56394>.

<sup>b</sup> Datos de entrevista: asociados de la OPS, 2022.

<sup>c</sup> Datos de entrevista: donantes de la OPS. 2022.

<sup>d</sup> Organización Panamericana de la Salud. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo. 1 de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2020. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54489>.

<sup>e</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF y la OPS publican una licitación conjunta para la adquisición de vacunas en nombre del Mecanismo COVAX. Nueva York: UNICEF; 2020 (consultado el 10 de diciembre del 2022). Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/unicef-y-la-ops-publican-una-licitacion-conjunta-para-la-adquisicion-de-vacunas>.

## 2.5 Sostenibilidad

### 2.5.1 ¿Qué acciones de preparación para una pandemia y medidas de respuesta apoyadas por la OPS demostraron ser eficaces en brotes anteriores en la Región y durante la pandemia de COVID-19, y ofrecen la posibilidad de fortalecer los sistemas de salud a largo plazo? ¿En qué medida pueden aplicarse algunas de las intervenciones de la OPS adoptadas durante la emergencia a períodos y programas que no son de emergencia?

**Resumen de los principales resultados:** Varias décadas de trabajo conjunto en materia de preparación y la respuesta a la pandemia de gripe por H1N1 proporcionaron a los ministerios de salud experiencia pertinente para hacer frente a la COVID-19, debido a la naturaleza aérea de su transmisión y al establecimiento de sistemas de vigilancia de ETI. Las inversiones de larga data de la OPS y los ministerios de salud en capacidades de laboratorio fueron particularmente importantes para facilitar una respuesta a la COVID-19 basada en la evidencia. A su vez, estas inversiones contribuyeron a fortalecer algunas funciones esenciales de los sistemas nacionales de salud y pueden aplicarse en los períodos no pandémicos. Desde una perspectiva organizacional, el financiamiento excepcional recaudado para la respuesta de emergencia ha mitigado la difícil situación financiera de la OPS. Sin embargo, el agotamiento de los fondos de emergencia en breve planteará nuevos desafíos, que podrían tener consecuencias organizacionales y programáticas.

Desde 1976, la OPS y los ministerios de salud han trabajado juntos a fin de fortalecer las capacidades para responder a las emergencias de salud pública.<sup>69</sup> Como resultado, los ministerios de salud, con la cooperación técnica de la OPS, han preparado planes de contingencia, han realizado regularmente simulacros y ejercicios teóricos, y han fortalecido los sistemas de vigilancia de ETI para dar seguimiento a la transmisión, lo cual contó con el apoyo de las extensas redes de atención de salud y laboratorios públicos.

Además, se capacitó y certificó a los primeros equipos médicos de emergencia. Asimismo, se amplió la iniciativa de Hospitales Inteligentes, con el objetivo de aumentar la capacidad del sector de la salud para responder a las epidemias, y se consolidaron los centros de operaciones de emergencia para que sirvieran como mecanismos de coordinación en los países. La creación del sistema de gestión de incidentes en el 2011 se basó en la red de preparación para una gripe pandémica ya existente (128). Desde entonces, la OPS ha tenido un punto focal en cada país para apoyar la preparación y respuesta a las emergencias de salud pública.

Los planes de respuesta de emergencia y las directrices técnicas formuladas para hacer frente a la gripe se utilizaron como un método preliminar para hacer frente a la pandemia de COVID-19. Algunas de las

<sup>69</sup> En respuesta a las solicitudes de los ministerios de salud, la OPS creó en 1976 el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre.

conclusiones y buenas prácticas derivadas de la respuesta de la OPS a la pandemia de gripe por H1N1 sirvieron para fundamentar la preparación y respuesta a la pandemia de COVID-19, aunque su aplicación muestra una intensidad variable (129).<sup>70</sup>

Para la preparación y respuesta a la COVID-19, países como Brasil, Haití, y México señalaron la importancia de utilizar planes, estrategias y protocolos basados en su respuesta a brotes anteriores, en los que contaron con el apoyo de la OPS. Haití aprovechó la organización existente para gestionar los brotes de cólera y adoptó equipos de rastreo de contactos (“labo-moto”) con objeto de aumentar la realización de pruebas a los casos sospechosos. Brasil creó un sólido sistema de inteligencia epidemiológica basado en su experiencia en la gestión de brotes y epidemias de fiebre amarilla, enfermedad por el virus del Zika y chikunguña, así como la situación endémica del dengue. México tomó decisiones relativas a las intervenciones no farmacológicas, así como al sistema de vigilancia centinela, basadas en lo aprendido en la gestión de la epidemia de gripe por H1N1 del 2009.

Las cuantiosas inversiones para la COVID-19 y los brotes anteriores (que ampliaron o crearon nueva infraestructura, capacidades y tecnologías inicialmente destinadas a las respuestas de emergencia) también contribuyeron a fortalecer las funciones esenciales de los sistemas nacionales de salud. Las capacidades instaladas, ya sean nuevas o mejoradas, permanecen no solo para los períodos de crisis, sino también para el funcionamiento regular de los servicios y programas de salud (130). Por ejemplo, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia relacionados con la salud mejora los sistemas de información de salud y la toma de decisiones en materia de salud pública; la gestión de riesgos puede integrarse en el diseño o la ampliación de establecimientos de salud y redes hospitalarias; los enfoques comunitarios y de extensión están incluidos en la capacitación de emergencia de los profesionales de la salud; y el trabajo realizado con las comunidades y las medidas de comunicación de riesgos son aplicables a las estrategias de prevención y promoción de la salud o de formación en salud.

Otros puntos clave en los que la OPS apoyó las intervenciones y que podrían aplicarse a los períodos no pandémicos son los siguientes:

- La transformación de los sistemas de información de salud mediante la digitalización y las aplicaciones, plataformas y sistemas de seguimiento en línea ha sido extraordinaria.
- El suministro de información epidemiológica actualizada a nivel subnacional proporciona nuevas herramientas a los sistemas de salud de la Región para analizar, describir y dar seguimiento a cualquier otro problema de salud.

---

<sup>70</sup> Otras enseñanzas de la respuesta de la OPS a la pandemia de gripe por H1N1 parecen haberse aplicado de manera limitada a las acciones de preparación y respuesta a la COVID-19 (por ejemplo, aumentar la capacidad de todo el personal de la Sede para la respuesta a emergencias y las actividades del centro de operaciones de emergencia; crear un sistema para la gestión de la información sobre la crisis y designar a un jefe de grupo para coordinar la información y la difusión, y emitir disposiciones para cubrir las tareas regulares de los miembros del personal asignados al centro de operaciones de emergencia durante las emergencias, hasta que puedan reanudar las labores habituales en sus unidades, así como garantizar el bienestar general del personal).

- La consolidación del Campus Virtual de Salud Pública para la formación a distancia ha demostrado ser un instrumento que permitirá reunir a la comunidad dedicada a la salud pública, actualizar sus conocimientos y unificar sus capacidades técnicas.
- El apoyo a la transferencia tecnológica genera nuevas capacidades, como en el caso de la producción de vacunas (con tecnología de ARNm) y equipo de protección personal en la Región, y aumenta la autosuficiencia.
- En términos de mejorar algunas capacidades para futuras emergencias, la OPS podría convocar asociados y formar nuevas alianzas e interacciones con otros sectores que brindarán apoyo y capacitación adicionales en la movilización de suministros y recursos.

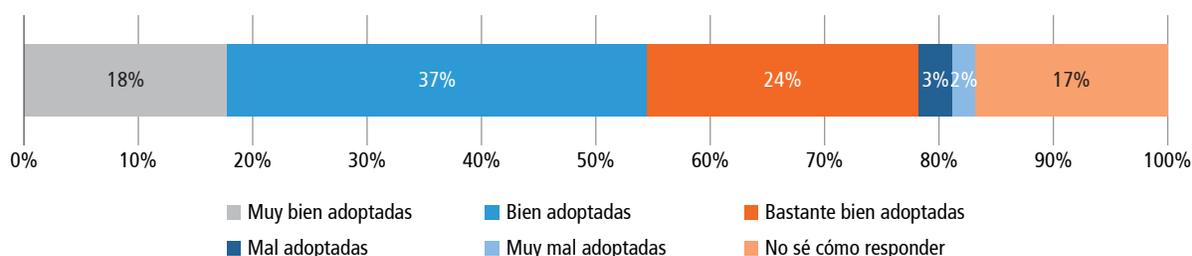
## 2.5.2 ¿Cuál fue el grado de aceptación por parte de los Estados Miembros de la cooperación técnica de la OPS en la respuesta a la pandemia?

**Resumen de los principales resultados:** En general, los ministerios de salud adoptaron las recomendaciones de la OPS, aunque en ciertos momentos y en relación con decisiones fundamentales en materia de salud pública, algunos Estados Miembros tomaron decisiones que no estaban en consonancia con la evidencia científica proporcionada por la OPS. En varios casos, los cambios en el gobierno y la rotación de personal en las instituciones nacionales causaron discontinuidad en las estrategias e intervenciones de salud pública.

El personal de la OPS encuestado (55%) señaló que los Estados Miembros adoptaron las recomendaciones de la OPS bien o muy bien a través del apoyo técnico proporcionado a los ministerios de salud (véase la figura 8) (126). Esto concuerda con las opiniones positivas sobre la “asistencia técnica” como una

**FIGURA 8**

### Percepciones del personal de la OPS sobre la adopción de las recomendaciones de la OPS por parte de los Estados Miembros



*Nota:* todas las cifras porcentuales han sido redondeadas al alza.

*Fuente:* Encuesta de Gallup y Kobo al personal de la OPS como parte de la evaluación de la respuesta de la OPS, 2022.

modalidad importante de cooperación por parte de la OPS<sup>71</sup> y sobre la respuesta de la OPS a la pandemia de gripe por H1N1 (129). La consonancia con las estrategias y los planes de respuesta nacionales (consonancia técnica), así como el respeto por el contexto y las decisiones nacionales (consonancia institucional), contribuyeron a que se aplicara el apoyo técnico de la OPS a nivel de los países.

El hecho de que las decisiones políticas no se basaran en la evidencia científica significó que no se cumplieran las recomendaciones técnicas emitidas por la OPS u otras organizaciones internacionales. Algunas de las divergencias más notables tuvieron que ver con las medidas relativas al uso de mascarillas y el distanciamiento social. Entre las razones que obstaculizaron la adopción de las recomendaciones técnicas de la OPS estuvieron los cambios en el gobierno nacional y en el ministerio de salud, y la rotación de los altos funcionarios públicos que encabezaban la respuesta. Esto afectó la continuidad y la comunicación a nivel institucional y técnico en algunos países.

### **2.5.3 ¿En qué medida la respuesta de la OPS contribuye a tener sistemas de salud equitativos, resilientes y sostenibles?**

**Resumen de los principales resultados:** Una vez finalizadas las fases aguda y de control de la pandemia, la OPS comenzó a fortalecer los sistemas de salud, aunque algunas medidas de emergencia reforzaron las capacidades esenciales de los propios sistemas.

- En la fase de desescalada de la pandemia, el apoyo de la OPS para el desarrollo de sistemas de salud más resilientes (“reconstruir para mejorar”) se prestará en una región que enfrenta una crisis económica y márgenes fiscales reducidos. En lo interno, la terminación del financiamiento de emergencia puede tener efectos organizacionales, y probablemente requerirá un reajuste y una nueva priorización de las acciones de la OPS.

Los resultados de las encuestas muestran cierto aprecio por la contribución de la OPS durante la pandemia para lograr sistemas de salud más equitativos, resilientes y sostenibles (véase la figura 9). En cuanto a los sistemas de salud equitativos, en las respuestas, tanto en la encuesta como en las entrevistas, se reconocen las dificultades para garantizar la equidad en la respuesta a la pandemia.<sup>72</sup>

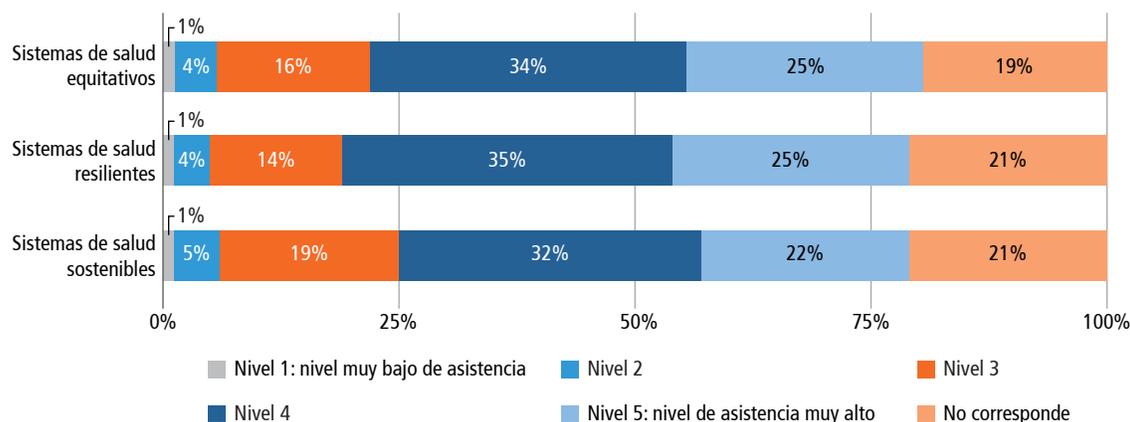
La contribución de la OPS para lograr sistemas de salud equitativos, resilientes y sostenibles fue calificada como modesta en general (en promedio, 24% de los encuestados [200 encuestados] declaró que la OPS brindó un “nivel muy alto de asistencia” en estas áreas). Aunque los datos no son representativos, indican la dificultad de conciliar la respuesta masiva a una emergencia de salud pública a gran escala

<sup>71</sup> Pregunta de la encuesta de Gallup (“En una escala del 1 al 5, donde 1 es ‘Nivel muy bajo de asistencia’ y 5 es ‘Nivel muy alto de asistencia’, califique el nivel de asistencia prestada por la OPS al país durante la pandemia de COVID-19 en las siguientes áreas de cooperación”); entrevistas (representaciones en los países, Sede y colaboradores externos de la OPS).

<sup>72</sup> Con respecto a la equidad, el 77% de los encuestados (651 encuestados) señalaron que la OPS pugnó por abordar la equidad en materia de salud en la respuesta nacional a la COVID-19 muy frecuentemente o frecuentemente, pero solo el 29% (250 encuestados) respondieron que la promoción de la causa fue totalmente exitosa, mientras que el 46% (401 encuestados) declararon que fue parcialmente exitosa.

**FIGURA 9**

### Percepciones del personal de la OPS sobre el nivel de asistencia de la OPS durante la pandemia de COVID-19 con el fin de lograr sistemas de salud equitativos, resilientes y sostenibles



Nota: todas las cifras porcentuales han sido redondeadas al alza.

Fuente: Encuesta de Gallup y Kobo al personal de la OPS como parte de la evaluación de la respuesta de la OPS, 2022.

con la aplicación de mecanismos institucionales que, en medio de una crisis, aseguren una perspectiva de mediano plazo en relación con el fortalecimiento de las capacidades.

Las siguientes intervenciones de la OPS, que se llevaron a cabo una vez que terminó la fase aguda de la pandemia, han sido reconocidas como contribuciones importantes para lograr sistemas de salud equitativos, resilientes y sostenibles:

- Impulso a la transformación digital en materia de salud y sistemas de información de salud;
- avances en información especial sobre epidemias (inteligencia epidemiológica), con programas de vigilancia mejores y más amplios;
- fortalecimiento de la red de laboratorios con capacidad para los análisis genómicos;
- fortalecimiento de los equipos y los aspectos logísticos de la cadena de frío para los programas de vacunación habituales;
- establecimiento de nuevas alianzas con centros de investigación, agencias de financiamiento, donantes y el sector privado;
- fortalecimiento de los mecanismos de preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública;
- ampliación del Campus Virtual de Salud Pública;

- creación de un grupo de trabajo para la toma de decisiones basadas en la evidencia por los ministerios de salud;
- distribución extensa de suministros a países necesitados, como Haití y la República Bolivariana de Venezuela, y
- estrategias de comunicación de riesgos para abordar la infodemia y apoyar las medidas de prevención.

Sin embargo, la construcción de sistemas de salud equitativos, resilientes y sostenibles (“reconstruir para mejorar”) enfrenta ahora una crisis financiera generalizada y márgenes fiscales reducidos (ya desde antes de la pandemia) en la mayoría de los países. Esto plantea desafíos para movilizar los recursos públicos adicionales necesarios para satisfacer las necesidades de financiamiento para la transformación del sector de la salud (131, 132).

Desde un punto de vista organizacional, el apoyo de la OPS a la respuesta a la pandemia se debió a la movilización excepcional de fondos de emergencia, lo que permitió un despliegue sin precedentes de recursos técnicos, logísticos y humanos. Sin embargo, la transición de la fase aguda de la pandemia a una fase endémica y la desescalada de la respuesta irán acompañadas del final del financiamiento de emergencia. En un contexto de probables reducciones del financiamiento, quizá será necesario reajustar los niveles de apoyo de la OPS y priorizar las intervenciones que ofrezcan las mayores posibilidades de fortalecer la recuperación de los sistemas nacionales de salud.



## 2.6 Valor añadido

### 2.6.1 ¿Cuáles han sido las contribuciones únicas de la OPS durante la respuesta a la pandemia de COVID-19?

**Resumen de los principales resultados:** La OPS fue la única organización regional con el mandato, la capacidad institucional y la experiencia técnica para lograr una respuesta regional al más alto nivel político frente a una crisis de salud que trascendía las fronteras y las competencias de los sistemas nacionales de salud. La OPS contribuyó no solo a apoyar los sistemas de salud, sino también a facilitar la continuidad de las funciones esenciales de los Estados Miembros más allá del sector de la salud (el concepto de “todo el gobierno”). Además, el Fondo Rotatorio de la OPS fue fundamental para ampliar el acceso a las vacunas en la Región, y puede servir como punto de referencia para otras regiones.

En enero del 2020, antes de que se declarara formalmente la COVID-19 como una emergencia de salud pública de importancia internacional, la OPS informó a los jefes de Estado, ministerios de relaciones exteriores y ministerios de salud de la Región sobre el riesgo inminente de una pandemia y la necesidad de activar los mecanismos nacionales de preparación y respuesta. La OPS logró reunir a varios jefes de Estado durante enero del 2020 para discutir estrategias, promover la cooperación y explorar soluciones para enfrentar la pandemia.

A pesar de las diversas limitaciones y deficiencias en la respuesta de la OPS, la Organización optimizó su presencia a nivel de los países por medio de sus relaciones estrechas con los ministerios de salud y su experiencia en materia de preparación, al brindar una cooperación técnica y científica confiable. Estas fortalezas ayudan a explicar por qué la OPS ha podido actuar como una referencia institucional y políticamente neutral para muchas administraciones públicas y actores subregionales y regionales en una crisis de salud sumamente politizada (133).

La OPS contribuyó al recopilar, unificar, elaborar y aplicar muchas directrices. Esto incluyó la aplicación de las consideraciones de la OMS en materia de salud pública para las elecciones y otras actividades relacionadas en el contexto de la pandemia de COVID-19, que ayudaron durante la organización de los procesos electorales en la Región (134-136).<sup>73</sup> También brindó pautas para ayudar a proteger a los grupos vulnerables (por ejemplo, poblaciones indígenas, personas migrantes en entornos temporales y personas encarceladas) y facilitó la coordinación en materia fronteriza (por ejemplo, entre Haití y República Dominicana, Colombia y la República Bolivariana de Venezuela, o Brasil y Colombia) (56, 137).

<sup>73</sup> Véase el anexo 5.4 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

El liderazgo y el posicionamiento de la OPS como una organización imparcial contribuyeron a mitigar las discrepancias internas sobre cómo abordar la pandemia a nivel de país (por ejemplo, en Brasil). En contextos sensibles (por ejemplo, la frontera entre Haití y República Dominicana o el embargo económico a la República Bolivariana de Venezuela), la OPS encontró alternativas, a través de la diplomacia, para brindar acceso a la atención de salud y los insumos críticos. Al ser un asociado de confianza de los ministerios de salud, la OPS ha sido capaz de influir en las decisiones del gobierno en muchas áreas diversas de la respuesta a la pandemia, con un asesoramiento basado en la evidencia.

El fortalecimiento del mandato del Fondo Rotatorio mediante la compra de vacunas contra la COVID-19 permitió aumentar la cobertura de estas vacunas en América Latina y el Caribe (49). Esta iniciativa permitió la compra de dosis de vacunas contra la COVID-19 para complementar las suministradas por el Mecanismo COVAX, a pesar de los retrasos y las insuficiencias de este último. Por lo anterior, el personal de la OPS y los asociados externos reconocen al Fondo Rotatorio como una contribución destacada de la OPS a la respuesta frente a la COVID-19 (126). Una publicación científica reciente apunta al Fondo Rotatorio de la OPS como un modelo para otras regiones del mundo (138).

Las funciones del Fondo Estratégico de la OPS se reforzaron para satisfacer las demandas cada vez mayores de los Estados Miembros para mantener los servicios de salud esenciales, así como en la respuesta a la emergencia por la COVID-19 (139). Durante la pandemia, las compras a través del Fondo Estratégico se triplicaron debido a las nuevas alianzas con países y organismos de salud (139). Los modelos como el Fondo Estratégico de la OPS ofrecen una propuesta de valor única, ya que integran diversos conocimientos técnicos, la intervención de múltiples partes interesadas y la elaboración y aplicación de estrategias (140). En la figura 10 se resumen las dimensiones del valor añadido de la respuesta de la OPS.

#### FIGURA 10

### Contribuciones singulares de la OPS durante la respuesta a la pandemia de COVID-19

**Enfoque de todo el gobierno:** La experiencia técnica de la OPS, junto con su papel político-institucional, facilitó la continuidad de las funciones esenciales de los Estados además del sector de la salud.

**Mandato, perspectiva regional y presencia:** Única organización regional con capacidad institucional y técnica para impulsar una respuesta regional al más alto nivel político a una crisis que trascendió las fronteras y las esferas de acción de los sistemas nacionales de salud. Como organización imparcial y basada en la evidencia, actuó diplomáticamente a fin de encontrar soluciones para abordar la pandemia en contextos o situaciones sensibles.

**Fondo Rotatorio y Fondo Estratégico de la OPS:** Hicieron posible el acceso a las vacunas contra la COVID-19 y los suministros médicos críticos, el establecimiento de nuevas alianzas y formas de trabajo y la consolidación del papel estratégico de las compras en una emergencia de salud pública de gran escala.

Fuente: Creado por el equipo de la evaluación de la respuesta de la OPS a la COVID-19.

## 2.6.2 ¿En qué áreas ha sobresalido o marcado la diferencia el apoyo técnico de la OPS a los Estados Miembros?

**Resumen de los principales resultados:** La OPS se destacó en su apoyo técnico a los Estados Miembros mediante el fortalecimiento rápido de las capacidades para el diagnóstico de laboratorio y la vigilancia epidemiológica (la detección del SARS-CoV-2 por medios de laboratorio en 28 Estados Miembros se puso en marcha en 25 días), la ampliación de la capacitación de los recursos humanos para la salud, el despliegue del equipo de apoyo para la gestión de incidentes y el desarrollo de una capacidad logística masiva para satisfacer las necesidades a nivel de los países.

Una vez declarada la pandemia de COVID-19, se publicaron orientaciones técnicas de laboratorio, que se transmitieron a los ministerios de salud a través de los centros nacionales de enlace del RSI (101). En consecuencia, la OPS puso en marcha una estrategia de detección del SARS-CoV-2 con un enfoque de múltiples niveles, que garantizaba la compra y entrega de reactivos específicos, la capacitación regional, las misiones en los países y el apoyo técnico (101). En virtud de dicha estrategia, se logró poner en marcha la detección molecular del SARS-CoV-2 en toda la red de laboratorios en la Región de las Américas 25 días después de la declaración de pandemia (101).<sup>74</sup> El apoyo de la OPS para fortalecer las capacidades de laboratorio y la vigilancia epidemiológica se ha descrito como notable y sobresaliente, tanto al interior de la Organización como por los actores externos.

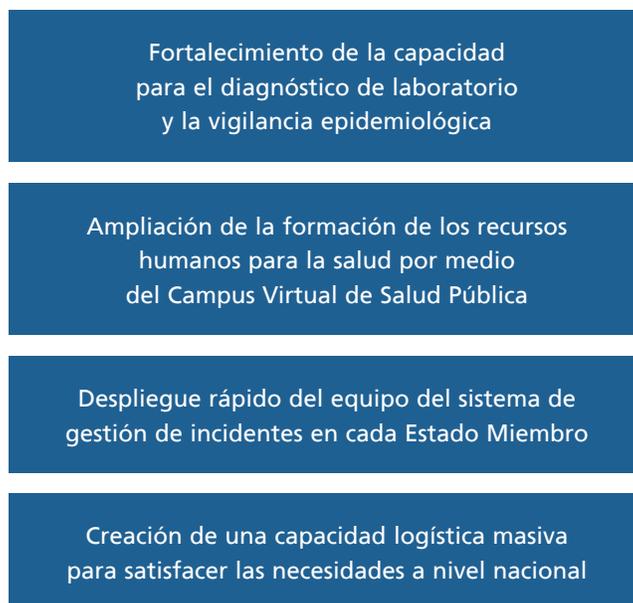
El equipo de apoyo a la gestión de incidentes para la COVID-19 fue fundamental para planificar y poner en marcha la respuesta, establecer alianzas y movilizar recursos, apoyar los servicios de atención de salud, suministrar información y vigilancia epidemiológicas, fortalecer los sistemas de salud y contribuir a la comunicación de riesgos (141). El 17 de enero del 2020, la OPS activó formalmente el sistema de gestión de incidentes para brindar cooperación técnica a todos los ministerios de salud, a fin de abordar y mitigar el impacto de la pandemia de COVID-19 (142). Por medio de los respectivos equipos nacionales de apoyo a la gestión de incidentes, la OPS proporcionó respuesta directa de emergencia al ministerio de salud y otras autoridades nacionales y apoyó la coordinación de las operaciones de preparación y respuesta de varios países (142).

El Campus Virtual de Salud Pública fue fundamental para fortalecer las capacidades del personal por medio de la capacitación en plena pandemia. Su ampliación y su importante papel en la capacitación, tanto de los trabajadores de salud como del personal de los ministerios de salud, hacen del Campus Virtual uno de los elementos más destacados del apoyo técnico que prestó la OPS a los ministerios de salud.

<sup>74</sup> Véase el anexo 5.4 en Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020–2022. Volume II. Annexes. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275127476>.

**FIGURA 11**

### **Acciones con las cuales el apoyo técnico de la OPS a los Estados Miembros ha marcado la diferencia**



Fuente: Creado por el equipo de la evaluación de la respuesta de la OPS a la COVID-19.

El apoyo operativo de la OPS en materia de logística y cadena de suministro permitió a los 35 Estados Miembros recibir asistencia de emergencia y suministros de laboratorio, apoyar la respuesta de emergencia y garantizar la continuidad de algunos servicios de salud esenciales en un momento en que la disponibilidad de suministros era difícil a nivel mundial. La reserva estratégica de la OPS permitió la rápida movilización de suministros esenciales, en especial a países que enfrentaban al mismo tiempo emergencias sociales y desastres. Por medio de su reserva estratégica en Panamá, la OPS coordinó la distribución de suministros médicos a los países y territorios de la Región en función de las necesidades específicas de cada uno de ellos y estableció relaciones para garantizar la disponibilidad de suministros y mitigar la inflación de los precios (140, 143). Además, la OPS forjó nuevas alianzas con asociados logísticos e internacionales para proporcionar envíos efectivos y adquirir suministros de alta calidad, coordinando los métodos de transporte más costo-eficaces y oportunos, a fin de enfrentar las interrupciones del suministro causadas por la pandemia (140).

En la figura 11 se resumen las áreas de excelencia en el apoyo técnico prestado por la OPS a los Estados Miembros. Las áreas de excelencia reflejan aquellos ámbitos respecto a los cuales la evaluación arrojó un alto grado de consenso o reconocimiento a nivel regional, pero no excluyen otros posibles ámbitos o Estados Miembros en los que la Organización se ha desempeñado extraordinariamente bien.

## 2.7 Enseñanzas

La respuesta de la OPS a la COVID-19 dejó varias enseñanzas importantes. La siguiente es una selección de las enseñanzas mejor documentadas.

**Enseñanza 1: La activación oportuna del sistema de gestión de incidentes puede ser eficaz para proporcionar una respuesta de emergencia rápida y de corto plazo, pero dicho mecanismo debe adaptarse para responder a las crisis de salud prolongadas.**

Durante la respuesta a la COVID-19, la activación temprana del sistema de gestión de incidentes fue eficaz para proporcionar apoyo inmediato y orientación estratégica a la Región y a nivel de los países (76). Sin embargo, los procesos necesarios para activar y poner en funcionamiento el sistema de gestión de incidentes (por ejemplo, la adscripción de profesionales de otras unidades de la OPS durante la pandemia) implicaron que se restara prioridad a otros programas (144, 145). Esto tuvo repercusiones en el apoyo a la recuperación de los servicios esenciales de salud y en mantener una perspectiva integral de las necesidades más amplias de los sistemas de salud además de la pandemia. Revisar la configuración del sistema de gestión de incidentes y algunos procedimientos internos (por ejemplo, en materia de recursos humanos) podría permitir una mejor gestión de las emergencias agudas y prolongadas, al tiempo que se mantiene un apoyo más equilibrado para los programas regulares.

**Enseñanza 2: Las inversiones en digitalización (dentro de la OPS y en apoyo de los ministerios de salud) pueden facilitar la integración entre las intervenciones de salud pública y los sistemas de salud, y desplegar nuevas formas de brindar cooperación técnica en materia de salud.**

La pandemia de COVID-19 ha sido un catalizador para la digitalización de la OPS. Esta consistió en automatizar procesos y adquirir software y hardware; proporcionar telemedicina y capacitación virtual; y facilitar la transmisión de datos por medio de interfases digitales que permitieron la convergencia de las intervenciones de salud pública y los sistemas digitales. La OPS fortaleció la capacidad de los ministerios de salud para idear y aplicar soluciones digitales basadas en evidencia, paneles interactivos de vigilancia, telemedicina y registros digitalizados (146). Ello facilitó el seguimiento de las personas con COVID-19 en el hogar y el rastreo e intercambio de datos, lo cual fortaleció los sistemas de información de salud de los Estados Miembros.

**Enseñanza 3: Las capacidades subregionales de aprovisionamiento y la producción local de insumos médicos mitigan el riesgo de escasez y facilitan una capacidad de respuesta rápida, especialmente en medio de la agitación social, económica y política, y cuando hay interrupciones en las cadenas de suministro. Sin embargo, la capacidad de aprovisionamiento por sí sola no es suficiente si la capacidad local para producir insumos médicos esenciales es limitada. Esto apunta a la necesidad de reforzar las capacidades regionales para lograr la autosuficiencia en temas estratégicos.**

La reserva estratégica regional en el Depósito de Suministros Humanitarios de las Naciones Unidas contribuyó a mitigar la escasez de suministros en la Región, derivada de las restricciones del mercado mundial y de los desafíos en materia de gestión de las cadenas de suministro (147). La OPS simplificó, fortaleció y amplió el almacenamiento y, a la vez, facilitó el envío rápido de artículos de extrema

necesidad. Brasil, Cuba y Estados Unidos eran los únicos productores de vacunas contra la COVID-19 en la Región, lo que aseguró que se pudiera vacunar a sus poblaciones (148). Sin embargo, la dependencia de la Región de insumos provenientes de fuera de la Región de las Américas y su falta de autosuficiencia plantearon desafíos. Esta enseñanza podría contribuir a fortalecer aún más las reservas subregionales y nacionales e impulsar un aumento en la producción local de insumos médicos, para que la Región pueda reducir la dependencia.

**Enseñanza 4: El Fondo Rotatorio de la OPS es un caso paradigmático de un mecanismo de cooperación técnica consolidado, adaptado a las particularidades regionales, que puede desempeñar un papel crucial en la compra de vacunas y suministros para inmunización no solo para los períodos regulares, sino también en crisis de salud pública de gran escala.**

El Fondo Rotatorio era un mecanismo bien conocido y eficiente en la Región, y podría haberse utilizado para proporcionar una cobertura equitativa de vacunación, como en situaciones anteriores. Recién en agosto del 2021, la Oficina Sanitaria Panamericana anunció que el Fondo Rotatorio compraría vacunas contra la COVID-19 para ampliar el acceso en América Latina y el Caribe. Hasta cierto punto, esta medida dañó la reputación de la OPS, que se vio afectada por las diferencias con el Mecanismo COVAX y otras deficiencias de su propia función de compras.

**Enseñanza 5: Diversificar y fortalecer las alianzas puede ser fundamental para que la OPS brinde una respuesta coherente y sostenida a una crisis de gran escala. Pueden surgir oportunidades para fortalecer la labor de la OPS más allá de la pandemia actual.**

Al ponerse en contacto con nuevos donantes o asociados (por ejemplo, del sector privado y las organizaciones filantrópicas) y reforzar y transformar las alianzas existentes (por ejemplo, con organismos de las Naciones Unidas o instituciones académicas), la OPS ha forjado una base de alianzas más amplia y con mayor capacidad de respuesta. Estas alianzas ofrecen una oportunidad de fortalecer la capacidad de la OPS para responder a futuros desastres y brotes más allá de la pandemia actual.

**Enseñanza 6: La integración oportuna de la OPS en los centros de operaciones de emergencia nacionales permite hacer estimaciones tempranas de las necesidades nacionales y evaluar el impacto de la pandemia y las posibles demandas de atención médica; facilita el intercambio con los ministerios de salud de la información científica conforme va surgiendo; y favorece la coordinación dentro del sistema de las Naciones Unidas.**

La participación de la OPS en los centros de operaciones de emergencia nacionales permitió una comunicación estrecha entre la OPS y los Estados Miembros, y facilitó el apoyo de la OPS para evaluar las necesidades nacionales y las capacidades de respuesta, sobre la base de las pandemias anteriores. A medida que se iban generando los datos científicos sobre la COVID-19, la OPS informó a los comités de operaciones y contribuyó a los análisis, planes de respuesta y medidas de control nacionales basados en la evidencia. La integración de la OPS en el comité nacional de operaciones de emergencia también facilitó la coordinación entre los organismos de las Naciones Unidas y la elaboración de planes nacionales de respuesta del sistema de las Naciones Unidas.



## CAPÍTULO 3

# Conclusiones

### Declaración general

La evaluación muestra el compromiso organizacional y profesional de la OPS para cumplir con su mandato en un momento crítico para la Organización, tanto por las dificultades internas como por los desafíos derivados de la pandemia. En general, la OPS proporcionó apoyo técnico y conocimientos especializados de calidad a los Estados Miembros y a las organizaciones regionales y subregionales. Al mismo tiempo, los mecanismos regulares de gobernanza y gestión de la OPS no estaban suficientemente adaptados para responder a la magnitud y a las intensas demandas de la pandemia, especialmente en el 2020.

La falta de pago de las contribuciones de algunos Estados Miembros puso a la Organización al borde de la insolvencia, y limitó gravemente su capacidad para brindar apoyo institucional y técnico cuando la pandemia azotó la Región de las Américas. Aunque no se ha realizado un análisis a fondo de la gobernanza de la OPS, y una revisión exhaustiva de los sistemas y procesos de gestión está fuera del alcance de esta evaluación, algunos de los desafíos registrados durante la pandemia apuntan a la necesidad de una revisión organizacional más profunda y especializada.

La evaluación también pone de manifiesto el exiguo compromiso de muchos Estados Miembros con la Organización en el momento más difícil de su historia y la amenaza al panamericanismo durante la respuesta a la pandemia. Esto subraya la necesidad de reflexionar sobre la gobernanza de la Organización en tiempos de crisis. Un ejemplo ilustrativo de la necesidad de consolidar un enfoque regional para la preparación y respuesta ante emergencias de salud pública fue la respuesta a la pandemia de gripe por H1N1. En el 2009, en el apogeo de la pandemia, la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) estableció un compromiso de no comprar individualmente por arriba de los precios establecidos por el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud, para evitar que los intereses comerciales aprovechen el pánico pandémico. Once años después, y por comprensible que haya sido, el pánico prevaleció sobre el panamericanismo.

Una de las principales enseñanzas de la pandemia actual, ampliamente documentada en todo el mundo, es la eficacia de la cooperación y la solidaridad internacionales para responder a las pandemias. El compromiso y la visión de los Estados Miembros en relación con la “OPS del futuro” serán esenciales para promover el desarrollo institucional y la modernización de áreas críticas de la Organización, con el objetivo de proporcionar a la Región una organización de referencia, que esté mejor preparada ante las futuras emergencias de salud y los nuevos riesgos para la seguridad sanitaria mundial.

### Dimensión estratégica

La OPS consolidó su posición como el organismo de referencia y el asociado preferido en materia de salud en la Región, en un momento en que la salud y la seguridad sanitaria mundial se han vuelto

prioritarias. La OPS brindó apoyo técnico y logístico uniforme y sostenido a los ministerios de salud, y fortaleció notablemente la función de compras (mediante el Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico), a pesar de los factores internos y externos que limitaron las operaciones de la OPS y pusieron en riesgo la confianza en la Organización, particularmente al inicio y durante ciertos momentos clave de la respuesta a la COVID-19.

La OPS tuvo que responder a la peor pandemia de la historia reciente mientras enfrentaba una de las situaciones más críticas desde su creación (por limitaciones financieras y de recursos humanos).<sup>75</sup> La respuesta de la OPS superó la crítica situación financiera sufrida al inicio de la pandemia, debido al incumplimiento de muchos Estados Miembros de sus compromisos financieros; la falta de recursos humanos y las restricciones en las políticas de contratación; la incertidumbre generada por un virus nuevo; la incertidumbre en áreas clave de la respuesta (por ejemplo, falta de herramientas biomédicas, medios de diagnóstico, tratamientos específicos y acceso a vacunas); y la politización de las respuestas nacionales. Además, las deficiencias de la gobernanza mundial en materia de salud y la estructura de la respuesta a la pandemia le dieron a la OPS pocas oportunidades para interactuar a nivel mundial, donde se tomaron decisiones importantes que afectaron a la Región de las Américas.

El impacto de la pandemia en la Región llevó a dar prioridad a los intereses nacionales y, por consiguiente, a que se diluyeran los principios de cooperación y solidaridad regional (el panamericanismo). Estos factores limitaron el alcance de la respuesta de la OPS y su capacidad para cumplir con su mandato, aportar coherencia regional y promover una perspectiva regional (149). Los países actuaron de manera más individual y unilateral, a pesar de los esfuerzos de la OPS, de algunas medidas de cooperación bilateral llevadas a cabo por unos cuantos Estados Miembros y de la evidencia que muestra que las respuestas coordinadas a los virus sumamente transmisibles son más eficaces que las respuestas fragmentadas (17). Los Estados Miembros no reconocieron los beneficios de responder de manera concertada y con una visión regional (o subregional).<sup>76</sup>

## Dimensión operativa

La respuesta institucional de la OPS al inicio de la pandemia fue oportuna, pero la burocracia (con procedimientos lentos e inadecuados para una respuesta prolongada y a gran escala a la pandemia en algunas áreas) y la escasez de recursos afectaron la capacidad de aplicación y la eficiencia de la Organización en ciertos ámbitos. El desempeño de la OPS durante la pandemia arrojó resultados contrastantes, con un balance general positivo en cuanto a la cooperación técnica con los Estados Miembros y resultados más modestos en las esferas institucional y social.

La OPS no contaba con las estructuras organizacionales internas adecuadas para responder de manera integral a una crisis de salud tan vasta y sostenida. Esto fue a pesar de su experiencia en la respuesta a pandemias y epidemias, aunque a menor escala,<sup>77</sup> y de haber reconocido la amenaza de nuevas

---

75 Las medidas de contención de costos llevaron a una reducción del personal en la Sede y en las representaciones en los países, y motivaron la participación de algunos Estados Miembros para resolver la crítica situación financiera de la OPS.

76 Excepto en el Caribe.

77 Por ejemplo, la gripe por H1N1.

pandemias<sup>78</sup> en sus análisis y planes de preparación y respuesta a emergencias de salud pública. Además, la burocracia interna ocasionó retrasos, ineficiencias, pérdida de oportunidades y dificultades en la comunicación o coordinación entre la Sede, las representaciones en los países y los asociados más importantes.

A nivel técnico, hubo un amplio consenso sobre la calidad de la asistencia de la OPS a los países y sobre los logros respecto a los cuales el apoyo de la OPS marcó la diferencia. Sin embargo, hubo algunas deficiencias operativas, como demoras en la capacidad de respuesta en momentos cruciales (que se explican en gran medida por la acusada escasez de recursos durante el 2020), la incoherencia en algunos mensajes de salud pública y el éxito parcial del Mecanismo COVAX.

A nivel institucional, las representaciones de la OPS en los países tuvieron que operar en entornos políticos y sociales para los cuales no contaban con las atribuciones, los recursos humanos ni las habilidades técnicas, pese a lo cual se hizo todo lo posible. La OPS brindó principalmente cooperación técnica, aunque la respuesta a la pandemia a veces exigió una mayor participación política en los países donde las decisiones no se basaron en la evidencia. Esto comprometió la histórica neutralidad de la OPS y requirió habilidades adicionales por parte de los representantes de la OPS/OMS, para que pudieran influir en las decisiones de índole política a favor de otras más técnicas.

A nivel social, la gestión del riesgo y la comunicación pública por parte de la OPS variaron considerablemente entre los países. En un contexto de pandemia, la escasez de profesionales de la comunicación en la OPS significó que miembros no especializados del personal tuvieron que asumir una función crítica para la cual no estaban capacitados, lo que se sumó a una carga de trabajo ya excesiva de por sí. También se reconocieron dificultades para adaptar los mensajes a la diversidad de realidades sociales, culturales y lingüísticas. Aun así, en algunos países se concibieron modalidades innovadoras en el campo de la comunicación.

La OPS tuvo la capacidad de innovar e integrar lo aprendido a lo largo de la respuesta a la pandemia (“aprender haciendo”) en áreas clave, para adaptar y transformar la manera en que funciona institucional y técnicamente y evolucionar como organización.

La OPS pasó de centrarse ante todo en los servicios y programas de salud nacionales y subregionales a plantear, fortalecer y asumir una función institucional más amplia. Además, tuvo que intensificar sus esfuerzos de incidencia (por ejemplo, al tratar con jefes de Estado, enfrentar los cambios de gobierno y la rotación de funcionarios, y operar en contextos de inestabilidad sociopolítica); encabezar la respuesta en materia de salud en el marco del sistema de las Naciones Unidas; coordinar la cooperación con nuevos actores; convertirse en una referencia mediática y pública para nuevas audiencias; y ampliar sus alianzas. La OPS innovó y exploró nuevos enfoques sobre cómo responder a las emergencias de salud,

---

<sup>78</sup> En el 2018, se incluyó la enfermedad X en la lista de la OMS de posibles amenazas para la seguridad sanitaria mundial, y el riesgo de brotes causados por un virus respiratorio sumamente transmisible ha sido parte de las situaciones hipotéticas, la capacitación y los análisis de la OPS para fortalecer las capacidades en materia de preparación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

por ejemplo, al adaptar las estructuras de atención de salud, promover el uso de nuevas tecnologías y de telemedicina, e innovar en cuanto a la vacunación y la comunicación.<sup>79</sup>

La OPS también aceleró la adopción de nuevas tecnologías y herramientas para proporcionar servicios remotos a los Estados Miembros y operar internamente, para lo cual lanzó nuevas aplicaciones y plataformas digitales, que aumentaron su capacidad operativa y eficiencia. La gama de asociados aumentó y se diversificó para incluir organizaciones privadas y donantes con los que la OPS nunca antes había colaborado. Estos fueron fundamentales para ampliar el apoyo de la OPS a los países y mitigar la crisis financiera.

La OPS contribuyó a abordar las brechas digitales en la Región, exacerbadas por la pandemia, al apoyar la transformación digital del sector de la salud a nivel de los países y fortalecer su propia política de transformación digital.

La transformación de la salud digital por la OPS fue más allá de la integración de datos e incluyó aspectos de gobernanza, intercambio de conocimientos e innovación, así como infraestructura, ética y marcos jurídicos. Para lograrlo, la OPS tuvo que coordinar la información que los países recopilaron e intercambiaron, y servir de enlace entre la inteligencia epidemiológica y el sistema de información de salud. La OPS desempeñó un papel clave en apoyar a los países para que crearan o adaptaran herramientas para la gestión de datos epidemiológicos (paneles de información y plataformas en línea) y las utilizaran para brindar actualizaciones epidemiológicas periódicas a los ministerios de salud. También brindó apoyo a los países en el desarrollo de modelos epidemiológicos para estimar el exceso de mortalidad o predecir la escala de las necesidades sobre la base de estimados concretos.

El principio de la equidad estuvo en el centro del plan estratégico de preparación y respuesta de la OPS frente a la pandemia de COVID-19. Sin embargo, su aplicación práctica se vio limitada debido a las barreras prolongadas y preexistentes que dificultaban el acceso a los medios de diagnóstico, los tratamientos y las vacunas contra la COVID-19 a nivel nacional o subnacional. En muchos casos, las medidas adoptadas fueron insuficientes para mitigar el efecto diferencial de la pandemia en las mujeres y los grupos vulnerables (150).

Los principios de equidad, incorporación de la perspectiva de género y priorización de los grupos vulnerables se reflejaron en el plan estratégico de preparación y respuesta de la OPS. La OPS realizó actividades de promoción de la causa y análisis sobre cómo incluir estos aspectos en las respuestas nacionales. Sin embargo, los sistemas de salud de la Región se vieron abrumados durante las fases críticas de la pandemia, y no tenían ni los recursos ni la capacidad para adoptar las medidas adicionales de respuesta a la pandemia necesarias para fortalecer la prestación de asistencia a los grupos de población habitualmente excluidos. Las barreras persistentes al acceso a los servicios de salud, que ya existían antes de la pandemia, continuaron afectando a los grupos vulnerables y las localidades desatendidas.

---

<sup>79</sup> Véase la sección 2.3.1 sobre cómo la OPS usó la innovación para adaptarse a la pandemia.

Los sistemas de planificación y seguimiento de la respuesta a la COVID-19 (el plan estratégico de preparación y respuesta, y el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025) no tenían la finalidad de evaluar el desempeño organizacional durante la pandemia. La contribución de la OPS a la respuesta a la pandemia a nivel regional, subregional y nacional está bien documentada, pero la evaluación de sus efectos más amplios es difícil, y parece variar considerablemente según las modalidades de cooperación, los pilares del plan estratégico de preparación y respuesta, y las diferentes realidades subregionales y nacionales.

El marco de seguimiento del plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19 tenía ante todo la finalidad de apoyar el seguimiento de las medidas nacionales de respuesta, permitir su consolidación a nivel subregional, regional y mundial, y fundamentar el análisis y la toma de decisiones en relación con la evolución de la pandemia. Los 38 indicadores del marco de vigilancia no tenían por objeto supervisar el desempeño institucional de la OPS (ni de la OMS) en su función regional o mundial de apoyo técnico, aunque ambas organizaciones estaban apoyando las respuestas nacionales y eran las organizaciones de referencia para la respuesta del sistema de las Naciones Unidas y otros actores principales. En algunos casos, los efectos de la contribución de la OPS a las respuestas nacionales han sido difíciles de apreciar debido a los múltiples factores que han influido en las decisiones y acciones de los ministerios de salud, que estaban fuera de la esfera de influencia de la OPS.

### **Dimensión organizacional**

La activación temprana del sistema de gestión de incidentes de la OPS proporcionó efectivamente apoyo y orientación estratégica a la Región y a los Estados Miembros, y contribuyó a la coordinación de las actividades nacionales de respuesta. Sin embargo, la reasignación de profesionales de otras unidades y el funcionamiento a largo plazo del sistema de gestión de incidentes generaron desequilibrios organizacionales.

El sistema de gestión de incidentes fue esencial para proporcionar a la Región conocimientos especializados para apoyar en la preparación y las respuestas nacionales ante emergencias a corto plazo. Contribuyó a la coordinación de las actividades de respuesta regionales, subregionales y nacionales, y a la ampliación de las operaciones de preparación y respuesta. Apoyó la vigilancia, la realización de pruebas y las capacidades de laboratorio; la prevención y el control de infecciones; el manejo clínico; y la comunicación de riesgos. Sin embargo, su operación a largo plazo, como ha sido el caso hasta la fecha en la respuesta a la COVID-19, reduce las capacidades en otras áreas programáticas de la OPS, con implicaciones para la recuperación de los servicios esenciales de salud y el apoyo a las necesidades críticas de los sistemas de salud más allá de la pandemia.

La OPS amplió la modalidad de teletrabajo existente, como parte de la política del deber de cuidado, para permitir la continuidad de las operaciones al tiempo que protegía al personal y sus familias. No obstante, esta decisión puso al personal de las representaciones de la OPS en los países en una situación difícil, ya que necesitaban seguir trabajando cara a cara en las instalaciones de sus contrapartes a nivel nacional para garantizar un apoyo total y una cooperación técnica uniforme en un contexto de crisis aguda (la llamada “paradoja del teletrabajo”).

El personal de la OPS se enfrentó al dilema de cumplir los lineamientos internos y proteger su salud o responder a las demandas de los ministerios de salud en un contexto de pandemia sin precedentes y brindar asistencia cara a cara. Ha habido opiniones divergentes entre la Sede y las representaciones en los países sobre cómo podría o debería la OPS seguir apoyando a los ministerios de salud en una situación de crisis, lo que generó frustración y fatiga entre el personal de las representaciones. La decisión de la OPS en relación con el trabajo remoto ha sido muy diferente de las posturas asumidas durante pandemias anteriores.<sup>80</sup>

Los logros de la OPS durante la pandemia se debieron al compromiso y profesionalismo de su personal que, a pesar de las inversiones de la OPS en el deber de cuidado, sufrió problemas de salud mental, un deterioro en su bienestar y dificultades para mantener el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar. Algunos miembros del personal de la OPS no consideraban que la respuesta a emergencias formara parte de sus responsabilidades contractuales, lo que generó cargas de trabajo desiguales y desequilibrios internos.

El personal de la OPS trabajó bajo una presión sostenida durante la respuesta a la COVID-19. La gran carga laboral con un aumento de las horas de trabajo, los problemas de salud y el miedo a contraer la infección, y la pérdida de colegas, familiares y amigos afectó su salud mental y bienestar. El estrés afectó a la mayor parte del personal y fue proporcionalmente mayor en el caso de las mujeres. El personal de la OPS tuvo acceso gratuito a servicios de consejería, profesionales de salud mental, directrices, vacunas y pruebas de COVID-19. Sin embargo, el propio personal señaló que los servicios de consejería y el acceso a profesionales de la salud mental fueron menos accesibles y efectivos. La escasez de personal durante la pandemia impidió que muchas personas pudieran aprovechar estos servicios. El personal de la OPS, especialmente a nivel de país, no pudo tomarse tiempo libre para descansar y recuperarse. La escasez de personal y el incremento de la carga de trabajo parecen haber aumentado el ausentismo y el síndrome de desgaste profesional.<sup>81</sup> Aunque no ha sido posible apreciar la magnitud del problema, hubo un cierto número de miembros del personal de la OPS (principalmente contratados como consultores) que no adoptaron una mentalidad de respuesta a una emergencia porque no estaba especificada en sus contratos o no la consideraban parte de sus responsabilidades.

---

80 En el 2009, durante la pandemia de gripe por H1N1, la representación en México mantuvo la oficina abierta y los equipos en pleno funcionamiento, en un contexto en el que muchas otras organizaciones dejaron de operar.

81 Esto se mencionó en varias entrevistas con personal de representaciones de la OPS en los países, pero no hay datos cuantitativos al respecto.

Lançamento do Projeto

IMUNIZA ESTRUTURAL



Articulando a comunidade para ampliar a cobertura vacinal de COVID-19

OPAS / OMS



OPAS / OMS



## CAPÍTULO 4

# Recomendaciones

Las recomendaciones propuestas se basan en el análisis de la evidencia, los principales hallazgos y las conclusiones. Estas recomendaciones se presentan a nivel estratégico, operativo y organizacional. Además, se sugieren las entidades responsables, las cuales deben ser confirmadas por la OPS.

### Nivel estratégico

N.º	RECOMENDACIÓN	CÓMO (LÍNEAS DE ACCIÓN SUGERIDAS)	POR QUIÉN <sup>82</sup>	PRIORIDAD	CUÁNDO (2023)
R1	<b>GOBERNANZA DE LA OPS Y COMPROMISO CON LOS ESTADOS MIEMBROS: La OPS debe revisar y actualizar su gobernanza para aplicar durante las crisis, e involucrar a los Estados Miembros en la concepción de la “OPS del futuro” en una era posterior a la COVID-19.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Revisar los procedimientos operativos estandarizados de los cuerpos directivos e incluir un capítulo específico y mecanismos de gobernanza sobre las funciones necesarias durante las emergencias complejas de salud pública y las crisis organizacionales.</li><li>Ajustar el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 con base en las realidades posteriores a la pandemia y formular un plan integral de desarrollo institucional que abarque todas las áreas funcionales de la OPS (el plan de desarrollo institucional se basa en las veinte iniciativas de desarrollo institucional y las estrategias institucionales para el 2025).</li></ul>	DIR PHE GBO CSC LEG PBE EIH	Alta	T4

82 Asesor Jurídico (LEG); Comunicaciones (CMU); Coordinación de Países y Subregiones (CSC); Cuerpos Directivos (GBO); Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud (DHE); Director (DIR); Director Adjunto (DD); Director de Administración (AM); Emergencias de Salud (PHE); Equidad, Género y Diversidad Cultural (EGC); Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud (EIH); Fondos Rotatorios Regionales (RRF); Gerencia Ejecutiva (EXM); Gestión de Compras y Suministros (PRO); Gestión de Recursos Financieros (FRM); Gestión de Recursos Humanos (HRM); Planificación, Presupuesto y Evaluación (PBE); Relaciones Externas, Alianzas y Movilización de Recursos (ERP); Servicios de Tecnología de la Información (ITS); Sistemas y Servicios de Salud (HSS); Subdirector (AD).

(continuación)

N.º	RECOMENDACIÓN	CÓMO (LÍNEAS DE ACCIÓN SUGERIDAS)	POR QUIÉN	PRIORIDAD	CUÁNDO (2023)
R2	<b>PLATAFORMAS Y HERRAMIENTAS CON BASE CIENTÍFICA PARA ABORDAR LAS EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA:</b> La OPS debe impulsar la creación de un mecanismo regional especializado que permita reunir a un grupo asesor científico independiente para responder a las emergencias complejas de salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alentar a los Estados Miembros y a los organismos subregionales a que evalúen las respuestas nacionales a la pandemia y ajusten en consecuencia las estrategias y mecanismos de preparación y respuesta ante emergencias.</li> <li>• Pugnar por enfoques centralizados de “toda la sociedad” y “todo el gobierno” para las emergencias de salud pública, la preparación y la respuesta. Esto debería llevarse a cabo en los niveles más altos del gobierno.</li> <li>• Fortalecer la gestión del conocimiento y los mecanismos de aprendizaje basados en la evidencia científica, para mitigar los riesgos futuros para la seguridad sanitaria mundial (enfoque de “organizaciones y sistemas de aprendizaje”).</li> </ul>	DIR AD PHE PBE CSC CMU HSS EIH	Media	T4 hasta 2024
R3	<b>MODELO DE FINANCIAMIENTO:</b> La OPS debe diversificar su modelo de financiamiento, de manera de adaptarlo a las necesidades durante las épocas normales y los periodos de crisis, sobre la base de las estrategias exitosas empleadas durante la pandemia. El modelo de financiamiento revisado por la OPS debe garantizar los medios adecuados para apoyar de manera sostenida a los ministerios de salud en la preparación y respuesta ante emergencias para las crisis de gran escala, pero también estabilizar la cooperación técnica en los periodos regulares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer mecanismos financieros específicos para el Fondo de Emergencia para Epidemias de la OPS, a fin de facilitar las respuestas regionales rápidas e integrales a emergencias de salud pública de gran escala.</li> <li>• Fortalecer las nuevas alianzas establecidas (y las existentes) durante la pandemia, para crear sinergias institucionales, políticas y operativas; incrementar la visibilidad de la OPS en los foros regionales y mundiales de salud; reforzar las capacidades de aplicación; y ampliar las fuentes de financiamiento.</li> <li>• Revisar los mecanismos de coordinación y toma de decisiones entre la OMS y la OPS a nivel del personal directivo superior, en particular los criterios para la asignación de los recursos mundiales y regionales durante las emergencias de salud pública de importancia internacional.</li> </ul>	DIR DD EXM PHE PBE ERP FRM CMU	Alta	T3 2023

(continuación)

N.º	RECOMENDACIÓN	CÓMO (LÍNEAS DE ACCIÓN SUGERIDAS)	POR QUIÉN	PRIORIDAD	CUÁNDO (2023)
		<ul style="list-style-type: none"><li>Elaborar un plan estratégico de comunicación externa para difundir la contribución de la OPS a la respuesta a la pandemia entre los actores fundamentales (Estados Miembros, donantes, instituciones financieras internacionales, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones internacionales y centros académicos y de investigación), con objeto de reforzar su posicionamiento y rendición de cuentas tanto interna como externamente.</li></ul>			

## Nivel operativo

N.º	RECOMENDACIÓN	CÓMO (LÍNEAS DE ACCIÓN SUGERIDAS)	POR QUIÉN	PRIORIDAD	CUÁNDO (2023)
R4	<b>GÉNERO Y EQUIDAD:</b> La OPS debe incorporar enfoques de género y equidad basados en la evidencia en las medidas de preparación, respuesta y recuperación ante las pandemias.	<ul style="list-style-type: none"><li>Instar y prestar apoyo técnico a los Estados Miembros para que integren los aspectos de género y equidad en la revisión y elaboración de las medidas de preparación, respuesta y recuperación ante pandemias, incluidos indicadores específicos para el seguimiento.</li><li>Adoptar marcos mundiales de género y equidad como referencia (como la planilla sobre el equilibrio de género del plan de acción para los equipos de las Naciones Unidas en los países [UNCT-SWAP], la Alianza de la Sociedad Civil por los Derechos Humanos en el Tratado Pandémico [CSA] o los diez principios de derechos humanos para un tratado de pandemia [en discusión, dirigidos al Órgano de Negociación Intergubernamental de la OMS]).</li></ul>	PHE AD EGC DHE CSC EIH	Media	T4 2023

(continuación)

N.º	RECOMENDACIÓN	CÓMO (LÍNEAS DE ACCIÓN SUGERIDAS)	POR QUIÉN	PRIORIDAD	CUÁNDO (2023)
R5	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE INCIDENTES Y ESTRATEGIA DE OPERACIÓN CONTINUA:</b> La OPS debe concebir un modelo organizacional definido que le permita operar de manera sostenida durante las emergencias de salud pública de largo plazo, basado en la vasta experiencia del sistema de gestión de incidentes.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer regulaciones y mecanismos internos para equilibrar mejor el papel del sistema de gestión de incidentes y la continuidad de los programas regulares, reforzando la colaboración interprogramática y las responsabilidades compartidas entre los departamentos (principio de “una organización, una respuesta”).</li><li>• Diseñar y elaborar escenarios de corta y larga duración para el sistema de gestión de incidentes. En casos de emergencias prolongadas de salud pública, definir medidas, como parte de la capacidad de respuesta a los aumentos súbitos de la demanda, para rotar al personal que participa en la respuesta del sistema de gestión de incidentes y darle oportunidad de descansar y recuperarse.</li></ul>	DIR AD AM PHE CSC	Alta	T3 2023
R6	<b>DIGITALIZACIÓN E INNOVACIÓN:</b> La OPS debe capitalizar las nuevas tecnologías y métodos adoptados durante la pandemia, como la inteligencia artificial, el uso de las redes sociales, las estrategias para enfrentar la reticencia a la vacunación, la ciberseguridad y las nuevas tecnologías de salud, para idear formas novedosas de fomentar la cooperación con los ministerios de salud (en materia de cooperación técnica, capacitación, investigación y análisis), abordar la brecha digital y promover la transformación tecnológica.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluar las innovaciones y las tecnologías de digitalización para reconocer las brechas y realizar las mejoras necesarias en la vigilancia, la gestión de casos, las estrategias de compras y el seguimiento.</li><li>• Formular una estrategia regional y negociar la transferencia de tecnologías con una perspectiva regional, al fortalecer el panamericanismo y permitir que los fabricantes de los países de ingresos bajos y medianos desarrollen vacunas, medios de diagnóstico y tratamientos asequibles y de calidad garantizada, al tiempo que se impulsan la cooperación horizontal, la equidad, la autosuficiencia y la sostenibilidad en la Región de las Américas (por ejemplo, en materia de vacunas de ARNm y equipo de protección personal).</li><li>• Aprovechar las capacidades ampliadas del Fondo Estratégico y el Fondo Rotatorio para impulsar en la Región la innovación en salud y el acceso a la misma y promover la creación de un marco regulatorio regional.</li></ul>	AD PHE HSS RRF IMT CIM PRO CSC EIH	Media	T4 hasta 2024

(continuación)

## Nivel organizacional

N.º	RECOMENDACIÓN	CÓMO (LÍNEAS DE ACCIÓN SUGERIDAS)	POR QUIÉN	PRIORIDAD	CUÁNDO (2023)
R7	<b>GESTIÓN INSTITUCIONAL DURANTE LAS EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA: La OPS debe examinar a fondo los procedimientos y herramientas de gestión, así como los mecanismos de comunicación interna para uso en tiempos de crisis.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluar y actualizar los procesos de toma de decisiones, la delegación de autoridad y la integración de equipos multifuncionales.</li><li>• Evaluar y actualizar los procesos gerenciales, administrativos (por ejemplo, de respaldo jurídico, aprobación y firma de acuerdos, gestión e informes de subvenciones, contratación) y logísticos (por ejemplo, compras).</li><li>• Mejorar las herramientas de comunicación interna en los tres niveles de la Organización (Sede, subregional y nacional).</li><li>• Formular parámetros de medición organizacionales (por ejemplo, marco de seguimiento interno, panel de gestión o instrumentos similares) para dar seguimiento al desempeño y la movilización de los recursos y capacidades internas para la respuesta de emergencia. Este instrumento de gestión interna puede complementar los planes de preparación y respuesta elaborados para enmarcar y apoyar las respuestas nacionales bajo un enfoque regional común (por ejemplo, el plan estratégico de preparación y respuesta).</li></ul>	PHE AD AM FRM PRO PBE CSC CMU LEG	Alta	T3 2023

(continuación)

N.º	RECOMENDACIÓN	CÓMO (LÍNEAS DE ACCIÓN SUGERIDAS)	POR QUIÉN	PRIORIDAD	CUÁNDO (2023)
R8	<b>POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS Y AJUSTE DE LOS PROCESOS DE DEBER DE CUIDADO: La OPS debe reforzar la capacidad organizacional para desplegar personal especializado para la respuesta a las emergencias y revisar y actualizar la política de contratación, la política de deber de cuidado y los esquemas de remuneración (basados en el desempeño y en la carga de trabajo adicional) durante las emergencias de salud pública.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaborar un sistema de respuesta ante aumentos súbitos de la demanda (la experiencia de las Naciones Unidas puede servir de referencia) para responder a las emergencias de salud pública mediante el aumento de la capacidad, el empleo del personal existente y la contratación de profesionales especializados adicionales (incluso durante situaciones de corto, mediano y largo plazo).</li><li>• Actualizar las políticas de contratación y capacitación, así como la definición de la carga de trabajo, remuneraciones e incentivos apropiados para garantizar una plantilla de personal adecuada en términos de número, capacidad y estabilidad.</li><li>• Ajustar la política de teletrabajo durante las emergencias de salud pública (de acuerdo con las contrapartes a nivel nacional) para facilitar la continuidad de la cooperación técnica con los Estados Miembros y los comités nacionales de operaciones de emergencia.</li><li>• Proporcionar apoyo adicional en materia de bienestar al personal (incluidos los consultores y colaboradores a corto plazo), en particular aumentando el acceso a los servicios de salud mental y utilizando mejores herramientas para dar seguimiento y respuesta a las preocupaciones del personal durante las emergencias de salud pública.</li></ul>	PHE AM HRM LEG	Alta	T3 2023

# Referencias

1. Yeh KB, Parekh FK, Borgert B, Olinger GG, Fair JM. Global health security threats and related risks in Latin America. *Global Security: Health, Science and Policy*. 1 de enero del 2021 [consultado el 29 de mayo del 2022];6(1):18–25. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23779497.2021.1917304>.
2. Dmytraczenko T, Almeida G. Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: evidencia de países seleccionados. En: Dmytraczenko T, Almeida G, editores. *Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: evidencia de países seleccionados*. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2017 [consultado el 28 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/6b8b50b8-6c13-531a-89c0-e11be84d9a04/content>.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Desafíos y oportunidades para la implementación, el seguimiento y el examen del ODS 3 y sus metas. Santiago: CEPAL; 2019 [consultado el 28 de mayo del 2022]. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/ods3\\_c1900667\\_press\\_2.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/ods3_c1900667_press_2.pdf).
4. Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: leading causes of death. Ginebra: OMS; 2019 [consultado el 28 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.
5. Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: leading causes of death [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2019. Santiago: CEPAL; diciembre del 2019 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/44969>.
7. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Health at a glance 2019: OECD Indicators [Internet]. París: OECD Publishing; 2019. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en).
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Indicadores demográficos interactivos. Santiago: CEPAL; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/subtemas/proyecciones-demograficas/america-latina-caribe-estimaciones-proyecciones-poblacion/indicadores-demograficos-interactivos>.
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Desafíos y oportunidades para la implementación, el seguimiento y el examen del ODS 3 y sus metas. Santiago: CEPAL; 2019 [consultado el 28 de mayo del 2022]. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/ods3\\_c1900667\\_press\\_2.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/ods3_c1900667_press_2.pdf).
10. Gilardino RE, Valanzasca P, Rifkin SB. Has Latin America achieved universal health coverage yet? Lessons from four countries. *Arch of Public Health*. 2022 [consultado el 28 de mayo del 2022];80(38). Disponible en: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-022-00793-7>.
11. Atun R, Odorico Monteiro de Andrade L, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. Marzo del 2015 [consultado el 28 de mayo del 2022];385(9974):1230–1247. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61646-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61646-9/fulltext).
12. Abramo L, Cecchini S, Ullmann H. Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. *Cien Saude Colet*. 8 de mayo del 2020 [consultado el 29 de mayo del 2022];25(5):1587–1598. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PFhr78GpvfrpSCsb4VhVp7x/?lang=es>.
13. Kanavos P, Parkin GC, Kamphuis B, Gill J. Visión general del sistema de salud de América Latina: Un análisis comparativo del espacio fiscal en la asistencia sanitaria. Londres: London School of Economics and Political Science; 2019 [consultado el 27 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/latin-america-healthcare-system-overview-report-spanish.pdf>.

14. Organización Mundial de la Salud. Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
15. Organización Mundial de la Salud. WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 12 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://covid19.who.int/>.
16. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. América Latina y el Caribe perdió casi 3 años de esperanza de vida al nacer entre 2019 y 2021 a consecuencia de la pandemia de COVID-19. Santiago: CEPAL; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/notas/america-latina-caribe-perdio-casi-3-anos-esperanza-vida-al-nacer-2019-2021-consecuencia-la>.
17. Sachs JD, Karim SSA, Akinin L, Allen J, Brosbøl K, Colombo F, et al. The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 8 de octubre del 2022 [consultado el 6 de diciembre del 2022];400(10359):1224–1280. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36115368>.
18. Sirleaf EJ, Clark H. Report of the independent panel for pandemic preparedness and response: making COVID-19 the last pandemic. *Lancet*. 12 de julio del 2021;398(10295):101–103. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673621010953>.
19. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Banco Mundial. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. París: OCDE; 2020 [consultado el 28 de mayo del 2022]. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020\\_740f9640-es](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es).
20. Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, et al. Coronavirus pandemic (COVID-19). Oxford, Reino Unido: Our world in data; 2020. Disponible en: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations#what-share-of-the-population-has-completed-the-initial-vaccination-protocol>.
21. Organización Panamericana de la Salud. Casos de viruela símica, Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://shiny.pahobra.org/mpox/>.
22. Tanne JH. Polio emergency declared in New York State over virus found in wastewater. *BMJ*. 12 de septiembre del 2022;o2211. Disponible en: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.o2211>.
23. Organización Panamericana de la Salud. OPS urge a aumentar la vacunación contra la poliomielitis en los niños de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/23-2-2022-ops-urge-aumentar-vacunacion-contra-poliomielitis-ninos-americas>.
24. Organización Panamericana de la Salud. Pan American Health Organization response to COVID-19 in the Americas. January–December 2020. Washington, D.C.: OPS; 2021 May [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54013>.
25. Herrero MB, Oliveira BNL de. COVID-19 in Latin America and the Caribbean: the visible face of a regional health cooperation in crisis. *Rev Bras Polit Int*. 22 de abril del 2022;65(1). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-73292022000100402&tIing=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292022000100402&tIing=en).
26. Organización Panamericana de la Salud. PAHO Revolving Fund. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/revolving-fund>.
27. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomed*. 2020 [consultado el 19 de diciembre del 2022];91(1):157–160. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32191675/>.
28. Organización Mundial de la Salud. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response plan for COVID-19. Ginebra: OMS; 2020 [consultado el 29 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>.
29. Datos de entrevista: Sede de la OPS. 2022.
30. Datos de entrevista: Representación de la OPS/OMS. 2022.

31. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Covid-19 en América Latina y el Caribe: Panorama de las respuestas de los gobiernos a la crisis. París: OCDE; 2020 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-en-america-latina-y-el-caribe-panorama-de-las-respuestas-de-los-gobiernos-a-la-crisis-7d9f7a2b/>.
32. Universidad de California en San Francisco, Instituto de Ciencias de la Salud Global. La respuesta de México al COVID-19: estudio de caso. San Francisco: UCSF; 2021. Disponible en: [https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la\\_respuesta\\_de\\_mexico\\_al\\_covid\\_esp.pdf](https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf).
33. Garcia PJ, Alarcón A, Bayer A, Buss P, Guerra G, Ribeiro H, et al. COVID-19 response in Latin America. *Am J Trop Med Hyg.* 4 de noviembre del 2020;103(5):1765–1772. Disponible en: <https://ajtmh.org/doi/10.4269/ajtmh.20-0765>.
34. Burki T. COVID-19 in Latin America. *Lancet Infect Dis.* 1 de mayo del 2020;20(5):547–548. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309920303030>.
35. Organización Panamericana de la Salud. Response to the COVID-19 pandemic in the Americas: response strategy and donor appeal. January–December 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53540>.
36. Organización Mundial de la Salud. La OPS allana el camino a la vacunación contra la COVID-19 en las Américas. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/paho-paving-the-way-for-covid-19-vaccination-in-the-americas>.
37. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la planificación de la introducción de la vacuna contra la COVID-19, 10 de julio del 2020. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52533>.
38. Organización Panamericana de la Salud. Informe de situación COVID-19, n.1 (31 de marzo del 2020). Washington, D.C.: OPS; 31 de marzo del 2020 [consultado el 12 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52404>.
39. Vélez, CM., Aguilera, B., Kaporiri, L. et al. An analysis of how health systems integrated priority-setting in the pandemic planning in a sample of Latin America and the Caribbean countries. *Health Res Policy Sys.* 2022;20(58). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00861-y>.
40. Organización Panamericana de la Salud. OD366 - Informe Quinquenal 2018-2022 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana: Defender la equidad en la salud en pro del desarrollo sostenible. 30.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, del 26 al 30 de septiembre del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/od366-informe-quinquenal-2018-2022-director-oficina-sanitaria-panamericana-defender>.
41. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la reorganización y expansión de los servicios hospitalarios en respuesta a la COVID-19, abril del 2020. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52245>.
42. Organización Panamericana de la Salud. Informe de situación COVID-19, n.º 55 (16 de julio del 2021). Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54710>.
43. Hoxha K, Hung YW, Irwin BR, Grépin KA. Understanding the challenges associated with the use of data from routine health information systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *Inf Manag J.* 30 de septiembre del 2022;51(3):135–148. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1833358320928729>.
44. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación de fin de bienio del Presupuesto por Programas de la OPS 2020-2021/Primer informe interino sobre la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (documento CSP30/7, Add. I). 30.a Conferencia Sanitaria Panamericana; del 26 al 30 de septiembre del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: [https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-7-add-i-s-informe-fin-bienio\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-7-add-i-s-informe-fin-bienio_0.pdf).
45. COVID research: a year of scientific milestones. *Nature.* 5 de mayo del 2021 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: <http://www.nature.com/articles/d41586-020-00502-w>.

46. BMC. The role of the health research system during the COVID-19 epidemic: experiences, challenges and future vision. 2022. Disponible en: <https://www.biomedcentral.com/collections/HRPSCovid>.
47. Organización Mundial de la Salud. Global research on coronavirus disease (COVID-19). Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>.
48. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. COVID-19: science and research. Atlanta: CDC; 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-and-research.html>.
49. Organización Panamericana de la Salud. Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 hasta el 31 de diciembre del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56394>.
50. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Household surveys in Latin America: how did we face the pandemic? Santiago: CEPAL; 2022 Mar. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/eclac-household-surveys-lac-covid19\\_mar-2022.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/eclac-household-surveys-lac-covid19_mar-2022.pdf).
51. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Socio-economic impact of COVID-19. Nueva York: PNUD; 2022. Disponible en: <https://www.undp.org/coronavirus/socio-economic-impact-covid-19>.
52. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Respuesta a la COVID-19: Recursos e información sobre la respuesta de UNICEF a la pandemia de la COVID-19. Nueva York: UNICEF; 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/coronavirus/covid-19>.
53. Unruh L, Allin S, Marchildon G, Burke S, Barry S, Siersbaek R, et al. A comparison of 2020 health policy responses to the COVID-19 pandemic in Canada, Ireland, the United Kingdom and the United States of America. *Health Policy* (Nueva York). Mayo del 2022 [consultado el 13 de diciembre del 2022];126(5):427–437. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016885102100169X>.
54. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos en la respuesta a la COVID-19: consideraciones clave. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52075>.
55. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19, 4 de junio del 2020. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52252>.
56. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52955>.
57. Kavanagh MM, Norato LF, Friedman EA, Armbrister AN. Planificación para la equidad en la salud en la Región de las Américas: análisis de los planes nacionales de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e106. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55075>.
58. Organización Panamericana de la Salud. Respuesta de la OPS en la región. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/covid-19/respuesta-ops-region>.
59. Litchfield I, Shukla D, Greenfield S. Impact of COVID-19 on the digital divide: a rapid review. *BMJ Open*. Octubre del 2021;11(10):e053440. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2021-053440>.
60. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Valoración en tiempo real de la respuesta de UNICEF a COVID-19, Argentina. Nueva York: UNICEF; 2021. Disponible en: <https://evaluationreports.unicef.org/GetDocument?fileID=16952>.
61. Government of Jersey. Ask the Experts: Live Panel Session [Internet]. 2021 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: [https://ne-np.facebook.com/GovernmentofJersey/videos/ask-the-experts-live-panel-session/639254247459488/?so=watchlist&rv=related\\_videos](https://ne-np.facebook.com/GovernmentofJersey/videos/ask-the-experts-live-panel-session/639254247459488/?so=watchlist&rv=related_videos).

62. Programa Mundial de Alimentos. Contención de la propagación de la covid-19 en la región Áncash mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención, rastreo de contactos y asistencia alimentaria (mayo a noviembre 2020). Roma: PMA; 2021.
63. Buss LF, Prete CA, Abraham CMM, Mendrone A, Salomon T, de Almeida-Neto C, et al. Three-quarters attack rate of SARS-CoV-2 in the Brazilian Amazon during a largely unmitigated epidemic. *Science*. 2020;371(6526):288–292. Disponible en: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abe9728>.
64. Organización Mundial de la Salud. COVID-19 in Amazonia. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://covid-19-in-amazonia-who.hub.arcgis.com>.
65. Organización Internacional del Trabajo. Quiénes son los trabajadores domésticos. Ginebra: OIT; 2022. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/topics/domestic-workers/who/lang--es/index.htm>.
66. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2021. Santiago: CEPAL; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/S2100655\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/S2100655_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
67. Organización Internacional del Trabajo. Consecuencias de la crisis de la COVID-19 en términos de pérdidas de empleo y horas de trabajo entre los trabajadores domésticos. Ginebra: OIT; 2020. Disponible en: [https://www.ilo.org/global/topics/domestic-workers/publications/factsheets/WCMS\\_759819/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/global/topics/domestic-workers/publications/factsheets/WCMS_759819/lang--es/index.htm).
68. Organización Panamericana de la Salud. La pandemia por COVID-19 afectó en forma desproporcionada a las mujeres de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2022-pandemia-por-covid-19-afecto-forma-desproporcionada-mujeres-americas>.
69. Mascayano F, van der Ven E, Moro MF, Schilling S, Alarcón S, al Barathie J, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers: study protocol for the COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 22 de marzo del 2022;57:633–645. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s00127-021-02211-9>.
70. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55557/OPSEGCCOVID-19210006\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55557/OPSEGCCOVID-19210006_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
71. Organización Panamericana de la Salud. Resultados de salud desglosados por sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. De enero del 2020 a enero del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53603>.
72. Organización Panamericana de la Salud. ANIMA: nueva serie de vídeos para reforzar las respuestas del sistema de salud a la violencia contra las mujeres. 13 de junio del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/13-6-2022-anima-nueva-serie-videos-para-reforzar-respuestas-sistema-salud-violencia-contra>.
73. Organización Panamericana de la Salud. Health Program of the Indigenous Peoples of the Americas. Action Plan 2005–2007. Washington, D.C.: OPS; 2007. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34128>.
74. Laboratorio Etnográfico. Evaluación rápida de barreras de vacunación, en el marco del plan nacional de vacunación contra COVID-19 y la campaña de vacunación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social—MSPAS de Guatemala. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2022.
75. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240054486>.
76. Datos de entrevista: Kobo.
77. Organización Internacional para las Migraciones. Migrant inclusion in COVID-19 vaccination deployment. Ginebra: OIM; 2022 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/documents/iom-vaccine-inclusion-mapping-global-march-2022-external-final.pdf>.

78. Organización Panamericana de la Salud. OPS dona oxígeno, oxímetros, termómetros y pruebas diagnósticas de COVID-19 al estado de Amazonas y al municipio de Manaus. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-2-2021-ops-dona-oxigeno-oxímetros-termómetros-pruebas-diagnosticas-covid-19-al-estado>.
79. Organización Panamericana de la Salud. Acceso a la vacuna contra el COVID-19 mediante el mecanismo COVAX. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/5-10-2020-acceso-vacuna-contra-covid-19-mediante-mecanismo-covax>.
80. Wouters OJ, Shadlen KC, Salcher-Konrad M, Pollard AJ, Larson HJ, Teerawattananon Y, et al. Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. *The Lancet*. Marzo del 2021;397(10278):1023–1034. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673621003068>.
81. ABC Color. Marito: “Covax no funcionó”. Paraguay: ABC; 26 de julio del 2021. Disponible en: <https://www.abc.com.py/nacionales/2021/07/26/marito-covax-no-funciono/>.
82. Médicos Sin Fronteras. COVAX: a broken promise for vaccine equity. Ginebra: MSF; 2022. Disponible en: <https://www.doctorswithoutborders.org/latest/covax-broken-promise-vaccine-equity>.
83. Lashley B. PAHO will begin procuring COVID-19 vaccines to expand access in Latin America and the Caribbean. Bridgetown: United Nations Barbados and the Eastern Caribbean. 2021 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://easterncaribbean.un.org/en/141499-paho-will-begin-procuring-covid-19-vaccines-expand-access-latin-america-and-caribbean>.
84. Organización Panamericana de la Salud. Canadá y la OPS se unen para fortalecer la vacunación contra la COVID-19 de las personas en situación de vulnerabilidad a lo largo del Caribe y América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/27-5-2021-canada-ops-se-unen-para-fortalecer-vacunacion-contra-covid-19-personas-situacion>.
85. Organización Mundial de la Salud. Priorities for the health financing response to COVID-19. Ginebra: OMS; 2020 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/health-financing/health-financing-response-to-covid-19.pdf>.
86. Organización Panamericana de la Salud. PAHO Incident Management System Team. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022].
87. Organización Panamericana de la Salud. Health and well-being mission. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022].
88. Organización Panamericana de la Salud. Situación económica actual y ajustes a las prioridades estratégicas de la Organización Panamericana de la Salud (resolución CESS1.R2). Sesión especial del Comité Ejecutivo; 29 de mayo del 2020. Sesión virtual. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52359/CESS1-R2-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
89. Organización Panamericana de la Salud. Préstamo de emergencia del Fondo Rotatorio para el Acceso a las Vacunas al Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (resolución CESS1.R1). Sesión especial del Comité Ejecutivo; 29 de mayo del 2020. Sesión virtual. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52356/CESS1-R1-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
90. Organización Panamericana de la Salud. Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 hasta el 31 de diciembre del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56394>.
91. Organización de los Estados Americanos. Post COVID-19: Portal OEA para Consultas, Foros y Repositorio. Washington, D.C.: OEA; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.oas.org/ext/es/principal/covid-19/Repositorio/pid/3434/mcat/3436/acad/1/tagid/1787/tagname/inter-american-development-bank>.
92. Datos de entrevista: donante de la OPS. 2022.

93. Greiner AL, Nguyen L, Shamout M, Krishnan S, Stowell D. COVID-19 intra-action reviews: potential for a sustained response plan. *Lancet Glob Health*. Mayo del 2021;9(5):e594. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X21000784>.
94. Organización Panamericana de la Salud. Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 5 de diciembre del 2022]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52053/Factsheet-Infodemic\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52053/Factsheet-Infodemic_spa.pdf).
95. Organización Panamericana de la Salud. Preocupaciones, actitudes y prácticas previstas de los trabajadores de salud con respecto a la vacunación contra la COVID-19 en el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 5 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55100>.
96. Organización Mundial de la Salud. Global surveillance for COVID-19 disease caused by human infection with novel coronavirus (COVID-19): interim guidance, 27 February 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331231>.
97. Organización Panamericana de la Salud. Considerations for the implementation and management of contact tracing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the Region of the Americas, 2 June 2020. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52384/PAHOIMSPHECOVID-19200032\\_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52384/PAHOIMSPHECOVID-19200032_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y).
98. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 y comorbilidades en las Américas: Herramienta práctica para estimar la población con mayor riesgo y riesgo alto de COVID-19 grave debido a afecciones de salud subyacentes en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53253>.
99. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones sobre los ajustes de las medidas de distanciamiento social y las medidas relacionadas con los viajes en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19, 24 de abril del 2020. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52406>.
100. Organización Mundial de la Salud. Technical considerations for implementing a risk-based approach to international travel in the context of COVID-19: interim guidance, 2 July 2021. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Risk-based-international-travel-2021.1>.
101. Leite JA, Gresh L, Vicari A, Gabastou JM, Perez E, Aldighieri S, et al. COVID-19 laboratory preparedness and response in the Americas Region: lessons learned. Simuunza MC, editor. *PLoS One*. 29 de junio del 2021;16(6):e0253334. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0253334>.
102. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de vigilancia genómica regional para la preparación y respuesta a epidemias y pandemias. 30.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, del 26 al 30 de septiembre del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: [https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-r9-s-vigilancia-genomia-regional\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-r9-s-vigilancia-genomia-regional_0.pdf).
103. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 therapeutic options. Biblioteca Virtual en Salud. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://covid-therapy.bvsalud.org/>.
104. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa. Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region. Copenhagen: OMS; 2015 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344398>.
105. Organización Panamericana de la Salud. Ongoing living update of potential COVID-19 therapeutics options: summary of evidence. Rapid review. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 13 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52719>.
106. Organización Panamericana de la Salud. Response to the COVID-19 pandemic in the Americas: response strategy and donor appeal. January–December 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53540>.
107. Politi D. With rich countries paying more for vaccines, the supply for Latin America is falling short, the W.H.O. says. *The New York Times*; 6 de octubre del 2021 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2021/10/06/world/americas/covax-vaccine-latin-america.html>.

108. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. COVID-19 market dashboard. Statistics. Nueva York: UNICEF; 2022 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>.
109. Usher AD. A beautiful idea: how COVAX has fallen short. *Lancet*. Junio del 2021; 397(10292):2322–5325. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673621013672>.
110. Mathieu E, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Roser M, Hasell J, Cameron A, et al. A global database of COVID-19 vaccinations. *Nat Hum Behav*. 2021;5:947–953. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8>.
111. Global Change Data Lab. COVID-19 vaccine doses donated to COVAX. Our World in Data. 2022 [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/grapher/covax-donations?country=+FRA~ESP~SWE~USA~CAN~NOR~NZL~GBR~DNK~CHE>.
112. Organización Panamericana de la Salud. Summary of the status of national immunization programs during the COVID-19 pandemic, July 2020. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52544>.
113. Organización Panamericana de la Salud. Statement of assessed contributions due from member states, participating states and associate members as of 3 November 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/en/file/119102/download?token=YVoXk8Pk>.
114. Organización Panamericana de la Salud. Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana 2021. Seguir trabajando para superar la pandemia de COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54953>.
115. Organización Mundial de la Salud. WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-sage-values-framework-for-the-allocation-and-prioritization-of-covid-19-vaccination>.
116. Báscolo E, Houghton N, del Riego A, Fitzgerald J, Jarboe R. Aportes del nuevo marco para las funciones esenciales de salud pública a la lucha contra la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 17 de agosto del 2022;46:e8. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56237>.
117. Tetelboin Henrion C, Iturrieta Henríquez D, Schor-Landman C. América Latina sociedad, política y salud en tiempos de pandemias. Serie Estado, políticas públicas y ciudadanía. Buenos Aires: CLACSO; [consultado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2021/05/America-Latina-Sociedad-politica-y-salud.pdf>.
118. Organización Mundial de la Salud. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November–December 2021—interim report. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1).
119. Organización Mundial de la Salud. Tracking continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic – dashboard. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/global-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic/dashboard>.
120. Organización Panamericana de la Salud. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo. 1 de enero del 2021 al 31 de diciembre del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-financiero-director-e-informe-auditor-externo-correspondientes-al-2021-documento>.
121. Organización Panamericana de la Salud. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo. 1 de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2020. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54489>.
122. Datos de entrevista: Contrapartes de la OPS. 2022.

123. Organización Panamericana de la Salud. Gestión de los recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento SPBA15/10). 9 de febrero del 2021. 15.ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración del Comité Ejecutivo; del 24 al 26 de marzo del 2021. Sesión virtual. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/spba1510-gestion-recursos-humanos-oficina-sanitaria-panamericana>.
124. Organización Panamericana de la Salud. Report No. 03/21, July 2021: Lessons learned from the PASB's recent telework experience. Washington, D.C.: OPS; 2021.
125. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la Oficina de Auditoría Interna correspondiente al 2021. 14 de abril del 2022. 170.ª sesión del Comité Ejecutivo; del 20 al 24 de junio del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: [https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-23-s-informe-oficina-auditoria-2021\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-23-s-informe-oficina-auditoria-2021_0.pdf).
126. Datos de encuesta: Gallup y Kobo.
127. Organización Panamericana de la Salud. Gestión de los recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana. 170.ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS; del 20 al 24 de junio del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: [https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-27-s-recursos-humanos\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-27-s-recursos-humanos_0.pdf).
128. Ugarte C, Alcalá PA, Mauvernay J. Political will, coordination, and planning: key components for strengthening national response to public health emergencies and disasters in Latin America and the Caribbean countries. *Am J Public Health*. Septiembre del 2018;108(53):S209–211. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2018.304639>.
129. Organización Panamericana de la Salud. PAHO/WHO report in the response to pandemic (H1N1) 2009. Washington, D.C.: OPS; 2010.
130. Durski KN, Osterholm M, Majumdar SS, Nilles E, Bausch DG, Atun R. Shifting the paradigm: using disease outbreaks to build resilient health systems. *BMJ Glob Health*. 17 de mayo del 2020;5:e002499. Disponible en: <https://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2020-002499>.
131. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55859>.
132. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2021: los desafíos de la política fiscal en la recuperación transformadora pos-COVID-19. Santiago: CEPAL; 2021 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. 133 p. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46808-panorama-fiscal-america-latina-caribe-2021-desafios-la-politica-fiscal-la>.
133. López J. Piden a Luis Almagro urgir a Daniel Ortega que acate recomendaciones de la OMS ante el Coronavirus. *Onda Local*. 19 de marzo del 2020 [consultado el 31 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://ondalocalni.com/noticias/853-luis-almagro-coronavirus-daniel-ortega-nicaragua/>.
134. MiMorelia.com. OPS recomienda a México posponer elecciones ante Covid-19 [Internet]. 1 de abril del 2021 [consultado el 31 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://mimorelia.com/noticias/ops-recomienda-a-mexico-posponer-elecciones-ante-covid-19>.
135. Organización Mundial de la Salud. Consideraciones de salud pública relativas a las elecciones y actividades conexas en el contexto de la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales, 10 de diciembre del 2020. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 31 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340017>.
136. Jones Jr R. PAHO suggests election rallies, rather than voting process presents more risk for COVID transmission. *Nassau: Eyewitness News*; 2021 [consultado el 31 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://ewnews.com/paho-suggests-election-rallies-rather-than-voting-process-presents-more-risk-for-covid-transmission>.
137. Sullivan M, Meyer P. Latin America and the Caribbean: impact of COVID-19. Washington, D.C.: Congressional Research Service; 2022 [consultado el 28 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://sgp.fas.org/crs/row/IF11581.pdf>.

138. Seraj Ahmad FN, Khor SK, Lim J, Roth S, Dewi S, Becerra F. Southeast Asia needs a revolving fund for vaccines. *Lancet Glob Health*. Noviembre del 2022;10(11):e1557–1558. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X22004065>.
139. Organización Panamericana de la Salud. Informe anual del Fondo Estratégico 2020. Asegurar el acceso a medicamentos e insumos de salud pública esenciales a la vez que se brinda apoyo a la respuesta a la COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54473>.
140. Lal A, Lim C, Almeida G, Fitzgerald J. Minimizing COVID-19 disruption: ensuring the supply of essential health products for health emergencies and routine health services. *Lancet Reg Health Am*. Febrero del 2022;6:100129. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34909753>.
141. Organización Panamericana de la Salud. Pan American Health Organization response to COVID-19 in the Americas. 17 January to 31 May 2020. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 29 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52453>.
142. Centro de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Georgetown y Organización Panamericana de la Salud. Mapa de COVID-19 en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: LACCOM; 2021 [consultado el 31 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://lacom.georgetown.domains/es/ops/>.
143. Organización Panamericana de la Salud. Pan American Health Organization Response to COVID-19, January-June 2022. Summary Mid-year Report, Key Indicators and Selected Highlights. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56261>.
144. Organización Mundial de la Salud. Emergency response framework (ERF). 2.ª ed. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258604>.
145. Datos de encuesta: Gallup.
146. Secretaría de Salud de México. Secretaría de Salud diseña sistema electrónico para registro de personas que se aplicarán vacuna contra COVID-19. 31 de enero del 2021 [consultado el 10 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/042-secretaria-de-salud-disena-sistema-electronico-para-registro-de-personas-que-se-aplicaran-vacuna-contra-covid-19?idiom=es>.
147. Programa Mundial de Alimentos. United Nations Humanitarian Response Depot (UNHRD). Roma: PMA; 2022. Disponible en: <https://www.wfp.org/unhrd>.
148. Organización Mundial de la Salud. List of National Regulatory Authorities (NRAs) operating at maturity level 3 (ML3) and maturity level 4 (ML4). Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/list-of-nras-operating-at-ml3-and-ml4>.
149. Organización Panamericana de la Salud. Constitución de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 1991. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45986>.
150. Comisión Interamericana de Mujeres y Organización de Estados Americanos. COVID-19 en la vida de las mujeres: razones para reconocer los impactos diferenciados. Washington, D.C.: CIM; 2020. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>.

En el presente informe se presentan las conclusiones sobre la evaluación de la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas en el período comprendido entre enero del 2020 y agosto del 2022. En el informe se presenta información sobre el apoyo de la OPS a los Estados Miembros de conformidad con el plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19 de la Organización Mundial de la Salud. Los datos recopilados durante la evaluación se consolidaron y analizaron a nivel estratégico, organizacional y operativo. Se centra en la OPS como organización y, si bien no se evalúan las respuestas de los Estados Miembros a la pandemia, se presenta información sobre la manera en que la OPS colaboró con los Estados Miembros y les brindó apoyo durante la respuesta.

Además de brindar información relacionada con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas y la respuesta programática de la OPS, en el informe se presenta información sobre los logros clave, así como sobre los factores facilitadores y limitantes, las brechas y las enseñanzas que han surgido de la respuesta de la OPS a la pandemia de COVID-19, que sirven para documentar la preparación y la respuesta a futuras emergencias de salud pública. Finalmente, se presentan recomendaciones basadas en la evidencia sobre medidas correctivas que fortalezcan la respuesta a futuras pandemias, a la vez que se forja una recuperación resiliente en la Región. Estas recomendaciones se centran en la gobernanza y gestión de la OPS, los mecanismos regionales especializados, la diversificación de los modelos de financiamiento y el uso de nuevas tecnologías.