



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



134.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 21 al 25 de junio de 2004

Punto 4.2 del orden del día provisional

CE134/10 (Esp.)

24 mayo 2004

ORIGINAL: INGLÉS

LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y LAS METAS DE SALUD

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) reflejan los resultados de decenios de forja de consenso tanto en el sistema de las Naciones Unidas como en las cumbres y las conferencias mundiales auspiciadas por esa organización. El presente conjunto de ODM consta de ocho objetivos generales, 18 metas y 48 indicadores (ver anexo). La salud desempeña una función primordial en el pacto de los ODM y esto ha colocado el tema de la inversión en la salud de la población en el centro mismo del nuevo programa de desarrollo mundial. La OPS procurará utilizar este mandato más amplio y el impulso como un punto de acceso estratégico clave para situar a la salud en un lugar prioritario del programa político de los países, las entidades subregionales y las organizaciones regionales, así como para fortalecer la cooperación con sus socios.

Los ODM forman parte de las prioridades estratégicas de la OPS. Están relacionados con los procesos para apoyar el desarrollo sanitario nacional y la ampliación de la protección social en la esfera de la salud. Los ODM y sus metas asociadas son dimensiones clave del compromiso de la OPS con las políticas de salud con resultados cuantificables. De primordial importancia es su interés en la búsqueda de la equidad entre los países y dentro de estos. La Organización participa actualmente en una iniciativa importante para integrar los ODM en su programa de trabajo a los niveles regional y de país; hasta ahora, se han establecido ocho líneas de acción.

El año 2004 constituye el punto intermedio de la fecha crítica de 2015 fijada para el logro de los ODM. En este documento se presenta la función de la OPS en apoyo de los Estados Miembros para el logro de los ODM y se solicitan las observaciones del Comité Ejecutivo en cuanto a la orientación de esta iniciativa.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un programa común focalizado.....	3
El contexto de política de los ODM y consecuencias para el enfoque de la OPS	8
Los ODM como parte del compromiso de la OPS con las políticas de salud con objetivos y metas de salud cuantificables	11
Los ODM son un motor para la democracia y la gobernanza responsable.....	14
Los ODM como parte integrante de la renovación de la OPS y de sus prioridades estratégicas	16
La equidad en primer lugar: poblaciones y países prioritarios	17
Velar por un método integrador de los ODM	18
Iniciativas dentro de la OPS	20
Intervención del Comité Ejecutivo	22

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un programa común focalizado

1. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) reflejan los resultados de decenios de forja de consenso dentro del sistema de las Naciones Unidas y de las cumbres y las conferencias mundiales de esa organización, comenzando con iniciativas sectoriales como la de salud para todos, que data de 1978, y la Primera Cumbre Mundial en favor de la Infancia, en 1990. Los Objetivos surgieron de la Declaración del Milenio, adoptada por 189 países en 2000, y fueron ratificados por la Conferencia de las Naciones Unidas para el Financiamiento del Desarrollo, celebrada en marzo de 2002, en Monterrey, por medio del Consenso de Monterrey, la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, en septiembre de 2002, en Johannesburgo, y el lanzamiento de la Ronda de Doha sobre comercio internacional.

2. Al adoptar los ODM, la comunidad internacional ratificó los acuerdos logrados en cumbres anteriores de las Naciones Unidas, tales como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Cumbre de la Tierra (Nueva York, 1997), la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (Roma, 2002), y la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Niños (Nueva York, 2002) pero los ha reforzado hasta la fecha límite de 2015. Estos objetivos se centran en la reducción de la pobreza, en establecer prioridades claras y en proponer un compromiso con las alianzas entre países desarrollados y en desarrollo mediante el agregado importante del objetivo 8 de los ODM, que compromete a los países ricos a aumentar su apoyo para alcanzar los ODM. El presente conjunto de ODM consta de ocho objetivos generales y 18 metas. Se propuso un conjunto de 48 indicadores para medir el avance (ver anexo). Desde entonces muchas organizaciones, al igual que organismos donantes internacionales, han reorientado sus programas de trabajo para el logro de los ODM.

3. Ninguno de los objetivos es nuevo y para todos ellos hay un cúmulo de conocimientos y de intervenciones, quizás con la excepción de algunas de las dificultades planteadas por el objetivo 8 acerca de las alianzas. Pero la dificultad principal de los ODM no es técnica sino política: por primera vez en la historia, la comunidad mundial se ha dado a sí misma un programa común focalizado y ha exhortado a los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones internacionales a que asignen prioridad a la reducción de la pobreza y a la disminución de las desigualdades en el acceso a factores determinantes que son esenciales para el desarrollo. La edición más reciente del *Informe sobre el Desarrollo Mundial* publicado por el PNUD en 2003, menciona esta responsabilidad compartida entre los principales interesados directos como el Pacto de Desarrollo del Milenio. La definición de umbrales cuantificables críticos da un nuevo sentido de urgencia y un marco que va más allá de la perspectiva sectorial desde la que suelen enfocarse asuntos como la educación, la salud o el medio ambiente. Dentro

del marco de los ODM, estos se entienden como áreas de inversiones indispensables para la reducción de la pobreza y para el desarrollo humano.

4. La dificultad principal para el logro de los ODM reside en el progreso en el objetivo 1, reducir a la mitad la pobreza y el hambre en 2015, porque muchos otros objetivos dependen del crecimiento económico y de la reducción de las desigualdades. La Región de las Américas ya es una de las que registra más desigualdad en el mundo. Algunos de los coeficientes de Gini para la desigualdad del ingreso en 1999 eran 0,5 en el Perú, 0,6 en Bolivia, 0,59 en Nicaragua, y 0,64 en Brasil¹. El coeficiente de Gini regional para la mortalidad infantil en 1997 era de 0,33²; un informe reciente³ de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y del Programa de las Naciones Unidas/Caribe para el Desarrollo (CEPAL/PNUD) muestra que el número de personas pobres en la Región está aumentando. Los modelos de simulación de 18 países de América Latina y el Caribe indican que, de continuar las tendencias actuales, solo 7 de los 18 países alcanzarían los objetivos de reducción de la pobreza en 2015. Estos países son: Argentina (antes de las crisis), Chile, Colombia, Honduras, Panamá, República Dominicana y Uruguay. Un segundo grupo de seis países seguiría reduciendo la incidencia de la pobreza extrema pero a una tasa muy lenta; ellos son: Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México y Nicaragua. Los otros cinco países —Bolivia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela— observarían un ascenso de los niveles de pobreza extrema y nunca alcanzarían las metas a menos que las tasas de pobreza experimentaran un importante cambio de trayectoria⁴.

5. El fortalecimiento del compromiso con los ODM en la Región de las Américas sigue siendo un reto; y a pesar de una gama de iniciativas para establecer un sistema de vigilancia para los ODM a nivel de país, son pocos los países que han integrado plenamente dichos objetivos en su proceso de formulación de políticas. La importancia de que los países hagan suyo el proceso de los ODM se abordó en la conferencia de alto nivel celebrada en Brasilia el 17 de noviembre de 2003, a la cual asistieron líderes políticos y representantes de organizaciones regionales de toda América que destacaron la importancia de lograr un consenso político para llevar a la práctica los ODM en el continente. Allí se consolidó el principio de las alianzas, inherente a los ODM, y se especificaron las responsabilidades de los gobiernos, los legisladores, la sociedad civil y la comunidad internacional. También se puso de relieve que los objetivos y las metas de

¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Instituto de Investigación Económica Aplicada, Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas. *Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en América Latina y el Caribe*. 2002. (Libros de la CEPAL No. 70)

² Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas: Edición 2002*. Washington, DC: OPS; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 587).

³

⁴ *Ibidem*, nota al pie de página, página 5.

la Declaración del Milenio coinciden con los mandatos y las prioridades adoptados en las Cumbres de las Américas.

6. La Cumbre de Quebec de 2001 asignó prioridad a la eliminación de la pobreza dentro de un contexto de equidad, gobernanza democrática y sostenibilidad ambiental. Durante la Cumbre Especial de las Américas en 2003, los gobiernos de la Región aprobaron la Declaración de Nuevo León, que esboza tres objetivos estrechamente vinculados para mejorar el bienestar de la gente de las Américas, a saber: crecimiento económico con equidad para reducir la pobreza, aumentar el desarrollo social y la gobernanza democrática. En relación con la salud, la protección social para la salud también se consideró como un elemento esencial para el progreso nacional y los países se comprometieron a adoptar estrategias más amplias de prevención, atención y promoción, haciendo particular hincapié en los segmentos más vulnerables de la sociedad. La infección por el VIH/SIDA se consideró como un motivo de preocupación particular, como lo son las enfermedades emergentes y reemergentes, entre ellas la malaria, la tuberculosis y otras.

7. La Declaración de Brasilia es un llamamiento a la acción y a la ejecución⁵, que es reforzada con firmeza por un análisis reciente que sugiere que ningún país de las Américas tiene probabilidades de alcanzar todas las metas de los ODM. En realidad, algunas de las mayores dificultades que deben superar los países de las Américas se encuentran en el ámbito de la salud. Actualmente, la región considerada en conjunto no parece estar lista para alcanzar las metas tan ambiciosas fijadas para la mortalidad infantil y materna, aunque la situación varía considerablemente entre los países de la región y según los diferentes grupos de población, así como entre los indicadores proyectados.

8. Un estudio de caso de la OPS muestra que de continuar las tendencias actuales, la reducción de la mortalidad infantil y de menores de 5 años alcanzaría un 54%, cifra muy por debajo de las dos terceras partes establecidas en los objetivos⁶. En 2003, la mortalidad infantil variaba entre 5,3 por 1.000 nacidos vivos en Canadá a 80,3 por 1.000 en Haití. La situación de la mortalidad materna también es sumamente variada; se calcula en 16 por 100.000 nacidos vivos en Cuba y 680 por 100.000 nacidos vivos en Haití, en 2000. Durante el decenio pasado, algunos países registraron un aumento en la mortalidad materna y algunos otros una disminución importante. Más aún, los cálculos del BID muestran que la reducción anual entre 2000 y 2015 para alcanzar la meta varía notablemente, de 1,6% en Uruguay y 15,1% en Panamá⁷. La epidemia de infección por el

⁵ Banco Interamericano de Desarrollo, Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, Gobierno del Brasil, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Banco Mundial. Declaración de Brasilia: Propuesta para Ejecutar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 17 de noviembre de 2003.

⁶ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Área de Gobernanza y Política. Salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Documento inédito. 2003.

⁷ Banco Interamericano de Desarrollo. Los Objetivos del Milenio en América Latina y el Caribe: retos,

VIH/SIDA está bien establecida en el continente, con una prevalencia nacional de por lo menos 1% en 12 países, todos ellos situados en el Caribe, con una prevalencia de infección por el VIH entre mujeres embarazadas superior a 2% en seis de ellos. En la mayoría de los otros países de la región, las epidemias están más concentradas en ciertas zonas o grupos de población.

9. La incidencia de la malaria varía considerablemente en los países de la región, pero se calcula que en 2002, 315 de la población de las Américas vivía en zonas con algún riesgo potencial de transmisión de la enfermedad. Más de 80% de los casos notificados actualmente se originan en los nueve países que comparten la selva amazónica en América del Sur. En 2002, hubo 223.057 casos de tuberculosis en las Américas, 50% de ellos en Brasil y Perú. Los casos han venido disminuyendo levemente desde 1999. Dentro del marco de la estrategia de la OMS para controlar la tuberculosis, las iniciativas en los países del continente se han concentrado en poner en práctica y ampliar la aplicación del tratamiento DOTS (tratamiento de corta duración directamente observado), que contribuirá al logro de la meta relativa a la tuberculosis de los ODM. Por lo tanto, hay una función importante y un amplio alcance para la acción conjunta entre los Estados Miembros y la OPS —con el apoyo de otros socios a nivel de país.

10. Los ODM han llevado la inversión en la salud de la población al centro mismo del nuevo programa de desarrollo mundial. Tres de los ocho ODM se refieren explícitamente a temas de salud: reducción de la mortalidad en la niñez, mejoramiento de la salud materna y lucha contra la infección por el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. Siete de las 18 metas están relacionadas directamente con las responsabilidades del sector de la salud, a saber: la 2 con la desnutrición, la 5 con la mortalidad en la niñez, la 6 con la mortalidad materna, la 7 con la infección por el VIH/SIDA, la 8 con la malaria y otras enfermedades infecciosas, la 10 con el agua potable y la 17 con los medicamentos esenciales. Esta prioridad alta asignada a la salud pone de relieve el nuevo consenso de que la salud no solo es el resultado de un mayor desarrollo, sino que se encuentra en el núcleo del desarrollo. El marco de los ODM destaca la sinergia entre los ocho objetivos; en efecto, se presentan como un conjunto indivisible. Para la OPS/OMS y sus Estados Miembros, un enfoque de este tipo refuerza la meta de salud para todos y la estrategia de atención primaria de salud, que también colocan a la salud en el centro del desarrollo económico y social. Por consiguiente, los ODM brindan a la comunidad de salud pública un punto de acceso inestimable a la política y la economía.

11. La OPS participa actualmente en una iniciativa importante para integrar los ODM en su programa de trabajo en los planos regional y de país, con miras a fortalecer el apoyo

a los países para el logro de los multicitados objetivos. Se han establecido estos ocho objetivos estratégicos generales:

- Promoción de la causa: Aumentar los conocimientos acerca de las prioridades de salud fijadas por los ODM por medio de una gama amplia de diálogos de política, alianzas y acción intersectorial en toda la región de las Américas.
- Política: Intensificar las actividades de desarrollo sanitario nacional para lograr la protección social en materia de salud, sobre todo a escalas regional y local, a objeto de apoyar el avance hacia el logro de los ODM e integrar el trabajo relativo a los ODM a las iniciativas relacionadas con los objetivos y las metas de salud, y las políticas sanitarias orientadas a los resultados en las Américas.
- Asistencia técnica: apoyar a los países en la ejecución de sus estrategias nacionales según se apliquen a los ODM enfocados a la salud.
- Integración: integrar el trabajo en materia de los ODM con otras iniciativas estratégicas en el desarrollo sanitario en la región de las Américas, tales como la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, los esfuerzos de organismos subregionales, y la determinación de los bienes públicos regionales según la inició el grupo sobre la OPS en el siglo XXI.
- Alianzas: Iniciar y aumentar la cooperación con otros socios, particularmente para la ejecución en los países, a fin de obtener resultados.
- Poder de decisión: Aumentar los conocimientos sobre salud y el poder de decisión de las comunidades mediante una participación importante de la sociedad civil para alcanzar los ODM, con el propósito especial de incluir a los grupos étnicos, las poblaciones indígenas y a las mujeres.
- Vigilancia: Mejorar la medición y la vigilancia del progreso mediante datos de salud desglosados y de buena calidad a los niveles regional, subregional y de país.
- Investigación: Empezar investigaciones para fortalecer la base de pruebas científicas y generar nuevos conocimientos, especialmente en relación con las sinergias para la salud y el desarrollo, asignando una importancia particular al objetivo 8.

12. Esto significa que la estrategia de la OPS servirá para asegurar la vinculación de tres métodos de trabajo: un método de problema y grupo prioritario, relacionado con las metas concretas de los ODM que se han fijado en materia de salud; un método de desarrollo sanitario nacional que fortalece la protección social en la esfera sanitaria para apoyarse en políticas de salud orientadas a los resultados; y un método de ejecución que fortalece la acción intersectorial e incorpora a la sociedad civil. Todos los niveles de la OPS, es decir, la sede, los centros panamericanos y las oficinas de país, tendrán que

trabajar juntos de nuevas maneras para responder con la urgencia exigida por el proceso de los ODM, entre otros, para lograr el fortalecimiento de las oficinas de los Representantes de la OPS en los países, que facilitarán y apoyarán las asociaciones y las alianzas estratégicas a nivel nacional. En realidad, el hecho mismo de que existan soluciones pero que no estén al alcance de los más pobres es una de la principales fuerzas que impulsan el programa de los ODM y exige una iniciativa especial de la OPS para crear un enfoque verdaderamente concertado entre los países, que reconozca que la salud es un bien público regional, según lo está analizando el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI.

13. La Organización tendrá que formular una reorientación de política y de estrategia que complemente las soluciones técnicas. Esto tendrá consecuencias para la labor de la OPS a nivel de país en apoyo de los ministerios de salud, mediante el trabajo con otras organizaciones y con los interesados directos para crear el gran compromiso político y financiero que se necesita a nivel de país. En resumen, la respuesta de la OPS se situará en tres niveles: técnico, gerencial y político. También estará estrechamente vinculado con el proceso de formular el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, que — precisamente por el compromiso contraído por la OMS con los ODM— tendrá una fecha límite más larga, es decir, 2015 como su meta.

El contexto de política de los ODM y consecuencias para el enfoque de la OPS

14. Cuando se abordan los ODM de salud en particular, es esencial recordar un contexto de política más amplio. El año 2004 constituye el punto intermedio de la fecha límite crucial de 2015. Solo mediante la intensificación de los esfuerzos colectivos nacionales e internacionales podrán los países cumplir con los compromisos y las metas que entrañan los ODM. Esto no solo se debe a la falta de buen gobierno en los países y a que la ayuda para el desarrollo es insuficiente. El mundo todavía está adaptándose al impacto diferencial de la reestructuración económica necesaria ante la rápida globalización, que genera nuevos ganadores y perdedores en el proceso de desarrollo. Por ejemplo, más de cincuenta naciones de todo el mundo se tornaron más pobres durante el último decenio y varios países de la Región de las Américas están haciendo frente a un deterioro económico grave o a una disminución considerable del crecimiento. Una de las características más resaltantes del último decenio ha sido el desarrollo sumamente desigual y el aumento de las inequidades a escala mundial.

15. Ante tales incertidumbres mundiales, el Pacto de Desarrollo del Milenio tal como lo propone el PNUD aplica un nuevo principio: en lugar de permitir que el nivel actual de los recursos determine el ritmo del desarrollo, los gobiernos de los países, tanto ricos como pobres, así como las instituciones internacionales, deberían empezar a preguntarse qué recursos se necesitan para alcanzar los ODM. La mayoría de los cálculos apuntan hacia una cifra de por lo menos US\$ 50 mil millones anualmente, en todo el mundo, en

ayuda complementaria, es decir, la duplicación de los niveles de ayuda actuales. Hoy en día, la comunidad internacional se ha comprometido a aumentar los volúmenes de ayuda en cerca de \$16 mil millones al año. Cálculos de la Comisión de Macroeconomía y Salud⁸ muestran que en los países de bajos ingresos harían falta otros \$27 mil millones al año, en fondos aportados por donantes para financiar los servicios y las intervenciones más esenciales. Cada vez con mayor frecuencia, estos análisis se están llevando a cabo a escala nacional para evaluar la capacidad de absorción del país y la posibilidad de aumentar las intervenciones.

16. Frente al programa de salud inconcluso en muchos de los países, hay una inquietud considerable debido a que la ayuda exterior para el desarrollo se ha alejado de la Región de las Américas. Un análisis reciente del comité de desarrollo del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial⁹ muestra claramente que los aumentos de esa ayuda, por moderados que fuesen, podrían desempeñar una función considerable para ayudar a los países de ingresos medianos bajos, como Guatemala o Perú, a avanzar más rápidamente hacia el logro de los ODM. Se menciona a Bolivia como uno de los países que han progresado rápidamente hacia el logro de varios ODM, pero todavía tiene mucho que hacer en el terreno de la salud. Por ejemplo, el logro de los ODM de salud requerirá aumentos sostenidos de la proporción del gasto público en el sector de la salud; el cálculo de costos que da el informe asciende a \$160 millones por año, lo que va mucho más allá de los fondos que pueden lograrse por medio de la reorientación de los recursos nacionales.

17. Para los países de de ingresos medios altos, este análisis aduce que si bien el grueso de recursos para cumplir los ODM debe provenir de fuentes internas, la ayuda exterior para el desarrollo debe complementar y apoyar las políticas nacionales expresadas claramente que abordan la exclusión social y se concentran en regiones, problemas o grupos de población particulares. En las Américas, esto se aplica a países, como Brasil y México, donde predominan grandes diferencias regionales y las desigualdades se vinculan con frecuencia a una historia compleja de exclusión social de los grupos indígenas. Los ejemplos positivos como la iniciativa del estado de Veracruz, México, para abordar las desigualdades en materia de salud y de educación, o la creación de una Secretaría para promover la equidad racial (CEPPIR) en Brasil, pueden servir como orientación en otras esferas y merecer mayor apoyo de los donantes para lograr los ODM. En efecto, esto destaca —especialmente en el caso de los países grandes— la necesidad de la ayuda externa para el desarrollo con miras a apoyar las medidas a nivel

⁸ Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS. Quincuagésima quinta Asamblea Mundial de la Salud. 23 de abril de 2002. Ginebra: OMS. (Documento Oficial A55/5).

⁹ FAME y Banco Mundial, *Achieving the Mugs and Related Outcomes: A Framework for Monitoring Policies and Actions*, March 26, 2003, No. DC2003-003.

infranacional, es decir, ayudar a gobiernos regionales o municipales para que se dediquen ellos mismos a alcanzar los ODM.

18. Pero la inquietud para muchos países americanos se debe solo parcialmente a un aumento de la ayuda para el desarrollo, pero es mucho más grave en las esferas principales que se abordan en el objetivo 8, sobre todo el acceso a los mercados mundiales y las nuevas tecnologías. Este es un aspecto que debe ponerse de relieve para fortalecer el compromiso político con los ODM en la Región de las Américas. Estos objetivos son importantes para todos los países y todas las regiones del mundo, no solo para los más pobres; no debemos repetir los malentendidos que obstaculizaron la puesta en práctica de la Declaración de Alma-Ata, que fue interpretada como pertinente solamente para los países pobres—a lo sumo, como atención de baja calidad para las personas pobres.

19. Dado que la región de las Américas se caracteriza por algunas de las tasas de desigualdades sociales más altas en el mundo, es esencial que los países de ingresos medianos aborden las inequidades y las brechas en el desarrollo que, a su vez, suelen expresarse en su forma más aguda en las desigualdades de salud. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en Brasil muestra una brecha significativa cuando se analiza por raza: en Bahía, un estado donde predomina la población descendiente de africanos, la tasa es de 51 por 1.000 nacidos vivos, el doble de la estados con una mayoría de población blanca, como por ejemplo, São Paulo o Río Grande do Sul (42.63).

20. Hay necesidad de que los países de las Américas examinen muchos de sus marcos macroeconómicos con miras al logro de los ODM, así como otros objetivos y metas de salud; por ejemplo, cómo conciliar las corrientes internas y externas, cómo reorientar el centro de interés de los planes nacionales de inversiones, cómo conciliar las dimensiones sociales de desarrollo con los diversos planes para ampliar el comercio y la libre circulación de personas, bienes y servicios. Por último, para poder abordar la desigualdad y la redistribución, muchos países tendrán que reconsiderar sus enfoques a la tributación.

21. Dentro de este contexto de política, la estrategia de la OPS para alcanzar los ODM se fundamentará en dos premisas esenciales:

- a) Dentro de su programa de trabajo aprobado, la OPS entiende los ODM como un punto de acceso más para fortalecer la inversión en salud y colocar a la salud en un nivel prioritario del programa político de los países, las entidades subregionales como MERCOSUR, el Tratado de Cooperación Amazónica (TCA), la Comunidad Andina (CAN), el Mercado Común Centroamericano (MCCA), la Comunidad y Mercado Común del Caribe (CARICOM) y las organizaciones regionales. Si bien es cierto que los ODM tienen un componente técnico fuerte y se insertan naturalmente en el trabajo técnico que ya se ha hecho dentro de la

- Organización, su intención principal es crear un sentido de urgencia, un compromiso político, y la responsabilización democrática dentro de una nueva visión estratégica para el desarrollo y la cooperación entre los países. En materia de salud, los ODM abren nuevos caminos precisamente por trasladar los temas técnicos —como la salud maternoinfantil y el control de las enfermedades infecciosas— a un nuevo nivel político para los países (por haber sido adoptados por los jefes de Estado), para los donantes (porque van más allá de asignar importancia exclusivamente a la ayuda) y para las entidades regionales y las organizaciones internacionales. Debido a esto, los ODM también brindan nuevas oportunidades a la OPS para trabajar en un programa común con socios múltiples, tanto a escala regional como de país.
- b) La estrategia de la OPS asigna una gran relevancia al objetivo 8 en todas sus dimensiones, entre otras, las necesidades especiales de los países que carecen de acceso al mar y los pequeños estados insulares en desarrollo. Durante el último decenio, los países de la Región han estado expuestos al aumento de los riesgos sociales y económicos en el contexto de la reestructuración mundial, la inestabilidad política y la lucha civil en varios países. Por consiguiente, la función de la OPS abarcará no solo el apoyo para la ejecución de las intervenciones y el monitoreo del progreso logrado en los respectivos objetivos y metas de salud, sino también un análisis sistemático de los factores determinantes más grandes, tanto contextuales como de política —acuerdos comerciales, políticas económicas, políticas de inmigración, etc.— y su repercusión sobre la salud. Por ende, la labor de la OPS en la función primordial de establecer sistemas ampliados de protección social en la Región cobra nueva relevancia. Debido a la gran importancia del Objetivo 8, la cooperación entre la OPS y el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo por conducto de la Agenda Compartida cobra mayor significado.

Los ODM como parte del compromiso de la OPS con las políticas de salud que incluyan objetivos y metas de salud cuantificables

22. Los ODM subrayan la necesidad de contar con objetivos cuantificables claros para hacer frente a los retos mundiales, así como de transmitir un mensaje claro de la necesidad prioritaria de invertir en las personas por medio de la salud y la educación. Un principio fundamental de política de los ODM es que la asistencia se armonizará mejor con las propias prioridades de desarrollo de un país y que los países mejoran la calidad de las políticas, las instituciones y la gobernanza cuando se aplican a la ejecución de las medidas necesarias para alcanzar los ODM. Para la OPS esto significa que los ODM constituyen un punto de acceso complementario para apoyar el buen gobierno en el ámbito de la salud y las políticas sanitarias orientadas a los resultados apropiadas al contexto concreto, ya sea regional, subregional o de país. Ellos coinciden con el

compromiso continuo de la OPS con una orientación de política de salud pública basada en la universalidad, la solidaridad y la equidad, así como en la responsabilización y la transparencia, por medio de indicadores comunes y, la eficiencia mediante sinergia, colaboración y alianzas.

23. El establecimiento de objetivos y metas de salud no es nuevo para la OPS/OMS ni para los países de la Región. Ya algunos países han emprendido los procesos complejos de fijar objetivos y metas de salud que van mucho más allá de las esferas abarcadas por los ODM. Este enfoque se remonta a los años setenta, cuando los Estados Unidos de América lanzaron por primera vez los objetivos de salud para la nación. Desde entonces, ha habido experiencias importantes adquiridas en todo el mundo al establecer objetivos y metas de salud. En particular, la Oficina Regional de la OMS para Europa encabezó ese proceso desde comienzos de los años ochenta y actualmente está modificando las Metas de Salud para Europa debido a los sucesos recientes. Cada vez es más frecuente que estas nuevas políticas sanitarias vayan mucho más allá de ser simplemente documentos del sector de la salud y se han elaborado con aportaciones de otros sectores, grupos profesionales, entidades parlamentarias y la sociedad civil. En efecto, cada vez más se considera como una necesidad la aprobación de esos documentos por el parlamento y que constituyan una estrategia para el gobierno en conjunto y no para un sector. En años recientes, el interés en tales políticas sanitarias orientadas a los resultados también ha aumentado en la Región de las Américas; por ejemplo, las políticas sanitarias basadas en metas, como la de Chile.

24. Contar por primera vez con un conjunto de objetivos de salud claramente identificables a nivel mundial, que forma parte de una estrategia general de desarrollo y que ha recibido el respaldo de los jefes de Estado, es de gran valor para el sector de la salud. Este es un reconocimiento de la comprensión de la salud como un factor clave para el desarrollo social y económico que facilita el acceso a los ministerios de finanzas, planificación y desarrollo. Para los países más pobres de la Región, los ODM relativos a la salud —que cuentan con el compromiso total de los gobiernos y formarán parte de toda estrategia de país para cumplirlos— también representarán un punto de acceso inestimable para introducir la salud en el programa de las estrategias de desarrollo socioeconómicas y en las negociaciones de préstamos y donaciones. En consecuencia, esto significa que las estrategias y los métodos del sector y de las organizaciones de salud como la OPS deben ajustarse según sea el caso.

25. Los procesos y el producto de monitorear los ODM deben efectuarlos y dirigirlos el país. Ello abarca la definición de cómo se aplican los ODM a la situación de país y cómo debe abordarse su consecución por medio de las estrategias, las políticas y los programas nacionales de desarrollo. En muchos países, esto exige el diseño de sistemas estadísticos sostenibles y de las destrezas para analizar y utilizar los datos destinados a la formulación de políticas y a la programación. La planificación nacional y los marcos de

políticas definidos por las Naciones Unidas y por las instituciones de Bretton Woods, tales como las Evaluaciones Comunes de País (CCA), los Marcos de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF), y los Documentos de Estrategias de Reducción de la Pobreza (PRSA), si bien tiene propósitos, plazos y contenidos diferentes pueden ayudar en la ejecución y el monitoreo de la Declaración del Milenio.

26. Los indicadores incluidos en la versión actualizada en 2002 del Marco de Indicadores de las CCA comprenden los que se utilizan para hacer el seguimiento de los ODM y, por ende, pueden facilitar el monitoreo de los objetivos. Las CCA sientan las bases para el proceso del UNDAF, que a su vez puede utilizarse como una herramienta de planificación que ayudará a alcanzar los ODM. Cuando se ven solamente como estrategias a favor de los pobres y no solo como enfoques a la búsqueda del crecimiento, los PRSA también pueden utilizarse como una herramienta para la vigilancia provisional del avance hacia los Objetivos. Los datos de los informes de los ODM y un análisis de sus consecuencias para las políticas pueden ayudar a equilibrar el centro macroeconómico de los PRSA. El uso de estos marcos diferentes dentro del contexto de los ODM puede ayudar a asegurar el suministro de servicios sociales básicos orientados a los pobres.

27. Entender los ODM es un componente esencial y, a veces hasta una fuerza impulsora, de la gobernanza responsable en salud; por otra parte, la integración de los Objetivos como el centro del desarrollo nacional en salud y de los objetivos y las metas nacionales intersectoriales de salud, es un requisito necesario para que los ODM tengan significado al trasladarlos al contexto de ALC. Esto es esencial, ya que en las Américas los ODM no están presentándose en un vacío sino en un entorno rico en política. En decenios recientes, la Región ha experimentado una secuencia de reformas sanitarias que en algunos países han debilitado los sistemas de salud pública y han reducido el acceso a los servicios. La dificultad para alcanzar algunos de los ODM en materia de salud refleja esto claramente.

28. Para los países de la Región que disfrutan de mejor situación económica y han alcanzado los ODM como promedios nacionales, la formulación de objetivos y metas de salud más amplios pueden integrar dichos objetivos con el establecimiento de metas, con referencia especial a grupos y regiones desfavorecidos, además de brindar un incentivo para el establecimiento de objetivos más ambiciosos para la salud de la población, haciendo hincapié en la equidad. Un estudio efectuado por el Banco Mundial¹⁰ señala que una estrategia dirigida a grupos desfavorecidos permitiría cumplir los ODM relacionados con la salud, a la vez que generaría beneficios complementarios en cuanto a la equidad distributiva. Un estudio de casos elaborado por la OPS indica un potencial similar¹¹. Un

¹⁰ Watkins, Davidson .R., *Who Would Gain most from the Efforts to Reach the Millennium Development Goals for Health*, in Health Nutrition and Population, Banco Mundial, diciembre 2002.

¹¹ Ibidem, véase la nota 7, página 7

estudio de la CEPAL indica que las metas de reducción de la pobreza de los ODM solo son factibles si los países logran pasar gradualmente a ser más ricos y menos desiguales, por ejemplo, mediante la combinación de una tasa de crecimiento anual del PIB de 3% y reducciones acumulativas de la desigualdad de cerca de 4%.¹²

29. En resumen, para la OPS la operacionalización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio será muy concreta para el contexto y el país y exigirá compromiso político, liderazgo, innovación y creatividad de parte de todos los interesados. Por consiguiente, dentro de la OPS, dichos objetivos se clasifican en un marco de política que va más allá de una estrategia de reducción de la pobreza para llegar hasta un compromiso con la universalidad del acceso y el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública. El trabajo de las unidades técnicas relacionadas con los ODM de salud se basará en la premisa de que los países de la Región no pueden estar satisfechos con el mínimo —lo que significa que habrían alcanzado los promedios de los ODM—, sino que debe haber una voluntad fuerte para elevar el nivel y fijar objetivos y metas nacionales de salud de una naturaleza más amplia y que asignen especial importancia a la equidad.

Los ODM son un motor para la democracia y la gobernanza responsable

30. Los ODM también deben comprenderse como una contribución a la gobernanza transparente y responsable. Hay muchas expectativas acerca de que la importancia asignada a los resultados y la responsabilización permitirían que los objetivos sean un motor para la democracia. En condiciones ideales, las comunidades participarían en el establecimiento de objetivos y estrategias nacionales y vigilarían y debatirían el desempeño del gobierno sobre la base de datos fidedignos. Una razón aducida para que los ODM sigan siendo sencillos y directos es la de permitirles a las personas pobres formar parte del proceso. El *Informe de Desarrollo Humano* del PNUD correspondiente a 2003 propone que los ODM se coloquen a la entrada de toda sala comunal, que formen parte de las plataformas de campaña de los políticos, y que sean el centro de atención de la movilización popular y social. No solo el gobierno, sino muchas facetas de la sociedad civil, en ciertas comunidades pobres, deben insertarse en un proceso participativo que coloca el logro democrático de los ODM en el centro de las políticas públicas en la

¹² Ibidem, véase la nota 1 página 5.

Región de las Américas, como un elemento clave para mejorar la calidad de vida de la gente.

31. La Declaración de Brasilia reconoce el papel importante de la sociedad civil para alcanzar los objetivos y expresa la esperanza de que el proceso inherente ayude a fortalecer las instituciones democráticas y apoye la inclusión social, una cultura de paz y los derechos humanos. En junio de 2004, se realizará en Chile una importante reunión de la sociedad civil, el Seminario de América Latina y el Caribe. Los objetivos principales del Seminario son facilitar el diálogo, crear capacidad y asociaciones entre las Naciones Unidas, los gobiernos, el sector privado y las sociedades civiles con miras al logro de los ODM en la región.

32. La salud desempeña una función clave al hacer que los ODM sean tangibles para las comunidades cuando los hogares y las personas experimentan muy directamente cómo la falta de acción en un conjunto de aquellos —por ejemplo, reducción de la pobreza o equidad de género— se refleja en malos resultados de salud. Las comunidades también experimentan cómo la falta de inversión en la atención primaria de salud y la infraestructura de salud pública les impide asegurar su medio de vida. Aquí encontramos uno de los retos clave de los objetivos y las metas de desarrollo del milenio en materia de salud: el mejoramiento de los resultados de salud dependerá considerablemente de una combinación de estrategias y la sinergia que se crea entre ellos, a saber: el mejoramiento de la salud pública y la infraestructura de los servicios de salud en cuanto a acceso, calidad y eficiencia; los cambios considerables en las actitudes y el comportamiento de las comunidades, los profesionales y los formuladores de políticas; y, por último, prácticamente todos los otros escenarios de política tocados por los mencionados objetivos. La reducción de la mortalidad materna dependerá de la acción concertada que abarca la educación de las mujeres, carreteras buenas, acceso a la atención obstétrica de urgencia y cambios en los valores de la comunidad. Más aún, la igualdad de género no está limitada a un solo objetivo, en realidad se aplica a todos ellos. Si no se avanza hacia la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres no se logrará uno solo de los ODM.

33. Uno de los retos fundamentales para el sector de la salud y para la OPS será encontrar las vías para ganarse la confianza de las comunidades y rescatar la confianza en las instituciones públicas. Esto es relevante en especial para los países que han experimentado numerosas luchas civiles y un gran descuido de las necesidades de las poblaciones indígenas. La iniciativa de la OPS en cuanto a los ODM tiene que asignar importancia particular al trabajo con parlamentarios y líderes regionales, locales y comunitarios para llegar a las comunidades más pobres de la Región. Hay ejemplos en otras regiones de la OMS, tales como la Alianza para Medir la Equidad que ha

desarrollado una metodología para hacer esto con buenos resultados y que se está empezando a estudiar para aplicarla en las Américas.

34. Los ODM también pueden aportar a la Organización una plataforma para trabajar de maneras innovadoras con el sector privado y con la sociedad civil, entre otros con organizaciones profesionales, como las organizaciones de salud pública de la Región. La acción relativa a los objetivos debe buscar un compromiso reforzado de los países americanos con el principio que es un sello distintivo de las democracias: no excluir a los ciudadanos del acceso a los servicios de salud, independientemente de su capacidad de pago.

Los ODM como parte integrante de la renovación de la OPS y de sus prioridades estratégicas

35. Obviamente, los ODM se insertan como parte integrante de las prioridades estratégicas y de renovación de la OPS que destacan los siguientes objetivos:

- abordar los factores determinantes,
- proteger la salud como un bien público y un derecho humano,
- crear una sinergia de los actores,
- velar por la justicia de la distribución.

36. Una manera de considerar los objetivos y las metas de desarrollo del milenio desde una perspectiva de salud es clasificarlos del siguiente modo: las metas 1 a 4 abordan los factores determinantes sociales clásicos de la salud, como la pobreza, el hambre y la malnutrición, la discriminación por razón de género y la educación. Las metas 9 a 11 se refieren a los factores determinantes ambientales conocidos de la salud, como el agua potable y el saneamiento, la contaminación y la pobreza urbana. Las metas 12 a 18 tratan los nuevos factores determinantes mundiales de la salud que van desde el comercio hasta el alivio de la carga de la deuda. Si bien este grupo de metas no es tan lógicamente coherente como los otros, sí pone de relieve las principales esferas del desarrollo mundial donde hay problemas. Hay, desde luego, una gama amplia de maneras de definir las metas de salud, que en la mayoría de los casos incluyen las metas 5 a 8, pero también puede considerarse que abarcan las metas relativas al hambre y la nutrición, los medicamentos esenciales y el agua potable.

37. Cualquiera que sea el método detallado, esa perspectiva nos permite ver la sinergia entre las metas que no son de salud y las metas concretas relativas a la salud y considerar las metas de salud de los ODM como una contribución a la reducción de la pobreza y al mejoramiento de la calidad de vida.

38. En toda la Región hay ejemplos fructíferos de cómo abordar los retos para la salud que plantean los ODM, tales como la semana anual de vacunación celebrada en todos los países de las Américas, pero el mejoramiento necesario sólo puede lograrse con más ayuda. En un documento de trabajo preparado recientemente por la OMS se afirma que aun con tasas mayores de crecimiento económico y progreso más rápido en los ODM que “no son de salud”, pero que repercuten en los resultados de salud —como la educación básica, la igualdad de género y el agua y el saneamiento—, para muchos países solo será posible alcanzar la salud y los ODM nutricionales si se toman medidas extraordinarias destinadas a mejorar la cobertura y la calidad de los servicios nutricionales y sanitarios.

39. La ayuda complementaria logra los efectos más beneficiosos si fluye hacia esferas prioritarias establecidas claramente a nivel de país, lo cual destaca la necesidad de políticas sanitarias internas adecuadas y de mejores mecanismos de gobernanza, entre otros, los objetivos y las metas nacionales de salud. Esto significa que la ayuda para el desarrollo tendrá que pasar del financiamiento de proyectos a concentrarse cada vez más en los costos iniciales que contribuyen a instaurar políticas y gobernanza adecuadas, así como a aumentar la capacidad y reforzar las iniciativas nacionales para abordar la pobreza y las desigualdades dentro de un marco de política más amplio. Por consiguiente, el proceso de llevar a la práctica los ODM también apoyará a los países cuando hagan frente a un conjunto de brechas fundamentales que forman parte del desarrollo de las políticas de salud, es decir:

- la brecha operativa que existe entre el establecimiento de sistemas de salud pública eficientes y sostenibles, y las respuestas;
- la brecha de gobernanza con respecto a la inclusión de segmentos amplios del gobierno y la sociedad en una iniciativa verdaderamente intersectorial y participativa;
- la brecha de equidad con respecto a la atención de las necesidades de salud de los más pobres.

La equidad en primer lugar: poblaciones y países prioritarios

40. La OPS ha definido un grupo de cinco países prioritarios para concentrar los esfuerzos de la cooperación técnica durante los próximos cinco años, a saber: Bolivia, Honduras, Nicaragua, Guyana —todos países de los Documentos de estrategia de reducción de la pobreza (Banco Mundial)— y Haití. De estos países, un análisis reciente de la CEPAL demuestra que Bolivia probablemente registrará aumentos de la inequidad, y el avance de Nicaragua hacia la reducción de la pobreza será más lento que lo deseado. Una combinación de análisis socioeconómicos de la OPS, la estrategia de reducción de la pobreza y la CEPAL determina el siguiente conjunto de países prioritarios para el proceso

de los ODM: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela.

41. Pero, desde luego, concentrar la atención en determinados países no basta, ya que muchas de las desigualdades de salud que afronta la Región de las Américas se basan en la geografía, el origen étnico, el género y la situación socioeconómica. Es crucial abordar los focos principales de la pobreza en una región con la desigualdad más alta en el mundo y en muchos casos se trata además de zonas fronterizas o de lugares muy alejados geográficamente. La desigualdad del desarrollo en las Américas exigirá que el proceso de los ODM elabore estrategias orientadas a grupos especiales que aborden tanto lo que se ha llamado la “nueva pobreza”, como los grupos que se han excluido históricamente.

42. Estas disparidades enormes no serán resueltas por el crecimiento económico global solamente, sino que exigirán intervenciones sistemáticas para crear más equidad, por ejemplo, en el acceso a la salud. Los resultados indican sistemáticamente que incluso reducciones pequeñas de la desigualdad pueden tener repercusiones muy grandes en la reducción de la pobreza. Este criterio hace necesario vincular la estrategia de los ODM de la OPS con, por ejemplo, los pobres de las zonas rurales en regiones desatendidas, los grupos marginales urbanos (como los jóvenes desempleados) o los hogares encabezados por mujeres. Los ejemplos son la costa del Pacífico de Colombia, la costa atlántica de Honduras o el Nordeste brasileño. El hecho de que estas zonas oprimidas suelen ser también zonas fronterizas significa que cualquier estrategia necesitará basarse en la coordinación bilateral y hasta en estrategias subregionales que incluyan a un grupo de países.

Procurar adoptar un enfoque integrador de los ODM

43. Una perspectiva de este tipo destaca la necesidad de vincular claramente el trabajo relativo a los ODM con la labor de la OPS en los sistemas de salud, las funciones esenciales de salud pública y la formación de recursos humanos. La OPS se concentrará particularmente en apoyar a los países para formular un método integrado a los ODM, basándose en su trabajo no solo en las esferas programáticas respectivas, como la salud materno-infantil o el control de las enfermedades infecciosas, sino que lo integrará a sus actividades para el desarrollo de sistemas de salud y protección social. El centro de interés será la sinergia necesaria entre las diferentes dimensiones de la salud que se abordan en los objetivos y los diferentes niveles de la responsabilidad sectorial. Ya se han establecido varios grupos de trabajo para permitir este punto de contacto, entre otros, los vínculos a la estrategia de "tres millones para 2005".

44. El proceso de los ODM exigirá un análisis de información epidemiológica y socioeconómica fiable. Esto todavía se ve obstaculizado por la diversidad de fuentes de información estadística, la falta de armonización y la falta de desglose de los datos. Por ejemplo, el PNUD, en su *Informe sobre el Desarrollo Humano 2003*, supone que la tasa de mortalidad de menores de 5 años en América Latina y el Caribe se redujo de 56 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1990, a 35 por 1.000 en 2001; si continúa la tendencia actual, la Región sobrepasará la meta fijada para 2015. La OPS, utilizando los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, llega a una conclusión diferente y menos optimista, pues calcula que la reducción del período 1990-2001 fue de solo 54,5 a 41,4 defunciones por 1.000 nacidos vivos, hecho que desde luego tiene consecuencias importantes en materia de políticas.

45. La labor técnica de la OPS también observará con mayor detalle los problemas de la eficiencia dentro del sector social y el de salud. En los años noventa, la mayoría de los países de América Latina aumentó el porcentaje del PIB dedicado al gasto social, pero este aumento no generó los resultados esperados. Esto significa que la OPS necesitará apoyar a los países no solo para aumentar el gasto en el sector de la salud y en programas especiales, sino también para evaluar qué combinación de asignaciones aporta tanto las intervenciones más eficaces en función de los costos como la mayor reducción en las inequidades. De importancia capital es la cuestión de los recursos humanos en salud que ha sido una preocupación de larga data para la OPS y para la que el Foro de Alto Nivel sobre los ODM en materia de salud estableció un grupo de trabajo que estudiará el tema con mayor detalle a nivel mundial. Como centro de distribución de información sanitaria por conducto de la Iniciativa de Datos Básicos en Salud, la OPS podrá suministrar muchos de los datos necesarios para las actividades analíticas y de monitoreo de los ODM.

46. La OPS también asumirá un papel primordial en las conversaciones con los donantes sobre los nuevos principios que están surgiendo en la asistencia para el desarrollo. Deberá entregarse un porcentaje mucho mayor de ayuda, de tal forma que se puedan financiar los costos incrementales de alcanzar los ODM. La ayuda deberá ser oportuna y predecible para iniciar y mantener las reformas. Los donantes tienen que aceptar las prioridades del país para los objetivos y la metas nacionales, pasar del financiamiento a las subvenciones y el financiamiento directo, según sea el caso, y estar dispuestos a afrontar mayores costos concurrentes de los programas de salud por medio del presupuesto o con apoyo de todo el sector o el financiamiento de programas sectoriales bien diseñados. Los países a su vez, tendrán que aumentar sus esfuerzos para mejorar la gobernanza de salud responsable y la eficiencia de los sistemas y las instituciones de salud. Habrá una mayor necesidad de monitorear y analizar las acciones destinadas al logro de los ODM y de dar ejemplos de una buena política, de la buena práctica de la gobernanza y de las lecciones aprendidas.

Iniciativas dentro de la OPS

47. En la Oficina del Director de la Gerencia del Programa se creó un equipo estratégico de los ODM. Este trabaja en estrecho contacto con el Grupo de Trabajo sobre los ODM creado dentro de la OPS y que agrupa a los puntos focales designados en todas las áreas programáticas para cada una de las metas directamente pertinentes a la salud, así como un punto focal para el monitoreo, la comunicación y las alianzas mundiales; y puntos focales que representan los asuntos clave de los sistemas: protección social en materia de salud, salud pública, atención primaria de salud, promoción de la salud y salud ambiental. La tarea de este grupo es formular las políticas y los mecanismos para ayudar a la OPS a mejorar su apoyo a los países en sus esfuerzos por lograr los ODM en las Américas. Se reúne regularmente para tratar las estrategias, los métodos y el progreso, así como para asegurar la integración de las propuestas de acción en el presupuesto por programas. Está apoyado por un sitio en intranet. Las oficinas de país tendrán acceso total a las deliberaciones de este grupo.

48. En todas las áreas de trabajo de la Organización está en curso una iniciativa de integración, que encabeza el Área de Salud de la Familia y Comunitaria. La meta es tanto una reorientación como una reorganización del trabajo de las unidades técnicas; la forja de alianzas especiales entre programas para el logro de los objetivos; una asignación cronológica diferente del personal de la OPS para apoyar el proceso de los ODM a los niveles regional, subregional y de país; y la creación de un nuevo tipo de equipo de apoyo técnico integrado para los países. Se está alentando a una gama amplia de personas, unidades y programas en la sede y en las oficinas de país para que hagan aportes a los ODM y adapten sus programas según sea el caso.

49. Se han identificado importantes asociados estratégicos para algunas de las metas prioritarias, por ejemplo, el programa de municipios saludables, el programa de desarrollo local y urbano (véase la Meta 11 con relación a residentes de barrios pobres), o los programas de género y de salud. El mayor número de programas posible tendrán el cumplimiento de los ODM como parte de su visión y estrategia programáticas y servirán de enlace con otros. La OPS necesitará pasar de las iniciativas de programa a las iniciativas sinérgicas de los ODM que tienen un alto valor de reconocimiento y pueden vigilarse y evaluarse para determinar su repercusión.

50. Se asigna una alta prioridad a las actividades de salud maternoinfantil, a la infección por el VIH/SIDA, a la nutrición, y al agua y saneamiento. Hay una iniciativa en curso para identificar las actividades relacionadas con los ODM en el Presupuesto Bienal por Programas, por ejemplo, destacando los resultados esperados que contribuirán a alcanzar los ODM. Un esfuerzo similar está en marcha para determinar los proyectos

financiados con recursos externos, y los ODM constituyen una prioridad en el trabajo de la OPS con PAHEF.

51. Finalmente, los ODM se han abordado con los Representantes de País de la OPS/OMS en las tres reuniones subregionales realizadas en los últimos meses, y actualmente está en marcha una iniciativa para analizar y sistematizar la experiencia e nivel de país con el monitoreo y la ejecución de acciones para apoyar los ODM. En resumen, se está haciendo un esfuerzo considerable tanto para alinear el trabajo de la OPS con el mandato de los ODM como para hacer el trabajo de la OPS y el trabajo con los asociados, más sensible a los ODM.

52. Algunas actividades que apoyan los ODM que están en curso son las siguientes:

- Apoyar las iniciativas políticas, que analizarán los logros de los ODM relacionados con la salud en las Américas, en vista de la próxima Cumbre de las Américas en 2005.
- Aumentar la cooperación con los socios de la agenda compartida, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, en el monitoreo y la ejecución de las metas a nivel de país.
- Lograr la participación de la comunidad de salud pública de las Américas, de las asociaciones de salud pública y de las escuelas de salud pública para alcanzar los ODM.
- Incluir a agrupaciones subregionales, a parlamentarios y a la sociedad civil de toda la Región de las Américas en un diálogo sobre la importancia de los objetivos de salud para el logro de los ODM.
- Crear un grupo de trabajo especial de los países prioritarios para desarrollar las zonas de acción de los ODM.
- Participar en un diálogo intensivo entre ministerios de salud y ministerios de educación acerca de las sinergias para alcanzar los ODM al objeto de lanzar una iniciativa de política intersectorial de alto nivel que fortalezca las iniciativas de salud escolar en toda la Región.
- Realizar un esfuerzo concertado para aumentar los conocimientos en materia de salud de las comunidades más pobres, haciendo hincapié en las esferas prioritarias para los ODM, con vínculos fuertes al objetivo 2 (educación) y al objetivo 3 (el poder de decisión de las mujeres).

- Empezar la iniciativa sobre la responsabilización para la salud en las Américas, cuyo objetivo es aplicar y mejorar los sistemas de información y monitoreo de la OPS y utilizar innovaciones como los sistemas de información geográfica para trazar los adelantos logrados. Como es de suponer, también hay enlaces al proyecto de cuentas nacionales de salud. Una iniciativa de este tipo abarcaría no solo medir el progreso en materia de salud con respecto a los ODM, sino también la vigilancia del apoyo y de la forja de alianzas esbozados en el objetivo 8, que exige mayores cambios de recursos del norte al sur y mayor coordinación de donantes a los niveles de país y local.
 - Proseguir los planes de acción municipales para la meta de los ODM a objeto de incluir los muchos municipios saludables de toda América en una iniciativa sólida de ODM, haciendo hincapié en las comunidades más pobres.
 - Fortalecer la función intelectual y de liderazgo estratégico de la OPS; por ejemplo, en ámbitos como salud y seguridad, salud y comercio, salud y democracia, etc.
 - Crear un foro o grupo asesor de política de alto nivel intelectual que asesore a la OPS en su estrategia de los ODM.
53. En resumen, las medidas que debe adoptar la OPS suponen lo siguiente:
- Velar por la integración del proceso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la orientación estratégica general de la OPS y de la meta de salud para todos.
 - Prestar asistencia de expertos a los países
 - Identificar los obstáculos principales e intercambiar soluciones.
 - Monitorear el progreso a los niveles mundial y regional, y velar por que los datos sean de alta calidad.
 - Hacer participar a los actores a todos los niveles para el proceso de los ODM.
 - Movilizar recursos.

Intervención del Comité Ejecutivo

54. Se pide al Comité Ejecutivo que formule sus observaciones y sugerencias con respecto a este documento para que el trabajo de la OPS en esta esfera pueda perfeccionarse aun más.

Objetivos de desarrollo del Milenio

Objetivos e metas (de la Declaración del Milenio)	Indicadores para medir los progresos
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	
Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día	1. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día a paridad del poder adquisitivo (PPA) ^a 2. Coeficiente de la brecha de pobreza (la incidencia de la pobreza multiplicada por la profundidad de pobreza) 3. Proporción del consumo nacional que corresponde al quintilo más pobre de la población
Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	4. Porcentaje de menores de 5 años con insuficiencia ponderal 5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	
Meta 3: Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	6. Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria 7. Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado 8. Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años
Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer	
Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015	9. Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior 10. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años 11. Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola 12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	
Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	13. Tasas de mortalidad de menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	
Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	
Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	18. Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años 19. Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos ^b 19a. Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo 19b. Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA. ^c 20. Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años.
Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	21. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo ^d 23. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas a la tuberculosis 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	
Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente	25. Proporción de la superficie cubierta por bosques 26. Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total 27. Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA) 28. Emisiones de dióxido de carbono (per cápita) y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO) 29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos
Meta 10: Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento	30. Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales 31. Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales
Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios	32. Proporción de hogares con acceso a tenencia segura

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	
<p>Meta 12: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional</p> <p>Meta 13: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza</p> <p>Meta 14: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General)</p> <p>Meta 15: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo</p>	<p><i>En los casos de los países menos adelantados, los países africanos, los países sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo, algunos de los indicadores mencionados a continuación se supervisarán por separado</i></p> <p><u>Asistencia oficial para el desarrollo</u></p> <p>33. La AOD neta, total y para los países menos adelantados, en porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del CAD de la OCDE</p> <p>34. Proporción de la AOD total bilateral y por sectores de los donantes del CAD de la OCDE para los servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua salubre y servicios de saneamiento)</p> <p>35. Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD de la OCDE que no está condicionada</p> <p>36. La AOD recibida en los países sin litoral en porcentaje de su ingreso nacional bruto</p> <p>37. La AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo en proporción de su ingreso nacional bruto</p> <p><u>Acceso a los mercados</u></p> <p>38. Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y sin incluir armamentos) procedentes de países en desarrollo y de países menos adelantados, admitidas libres de derechos</p> <p>39. Aranceles medios aplicados por países desarrollados a los productos agrícolas y textiles y el vestido procedentes de países en desarrollo</p> <p>40. Estimación de la ayuda agrícola en países de la OCDE en porcentaje de su producto interno bruto (PIB)</p> <p>41. Proporción de la AOD para fomentar la capacidad comercial</p> <p><u>Sostenibilidad de la deuda</u></p> <p>42. Número total de países que han alcanzado los puntos de decisión y número que ha alcanzado los puntos de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (acumulativo)</p> <p>43. Alivio de la deuda comprometido conforme a la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (en dólares de E.U.)</p> <p>44. Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios</p>
<p>Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo</p>	<p>45. Tasa de desempleo de jóvenes comprendidos entre los 15 y los 24 años, por sexo y total^e</p>
<p>Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable</p> <p>Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones</p>	<p>46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a un costo razonable</p> <p>47. Líneas de teléfono y abonados a teléfonos celulares por 100 habitantes</p> <p>48. Computadoras personales en uso por 100 habitantes y usuarios de Internet por 100 habitantes</p>

Los objetivos y metas de desarrollo del Milenio están enunciados en la Declaración del Milenio, firmada en septiembre de 2000 por 189 países, donde figuran como signatarios 147 Jefes de Estado (www.un.org/documents/ga/res/55/a55r002.pdf – A/RES/55/2). Los objetivos y metas están interrelacionados y deberían considerarse como un conjunto. Representan la asociación entre los países desarrollados y los países en desarrollo que están decididos, como dice la Declaración, “a crear, en los planos nacional y mundial, un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza”.

^a Para supervisar las tendencias de la pobreza en los países deberían utilizarse indicadores basados en el umbral de la pobreza de cada país, si se dispone de ellos.

^b Entre los métodos anticonceptivos, solamente los preservativos son eficaces para prevenir la transmisión del VIH. La tasa de uso de anticonceptivos también es útil para conocer los progresos hacia el logro de otros objetivos relacionados con la salud, el género y la pobreza. Puesto que la tasa de uso de preservativos sólo se mide entre las mujeres con una pareja fija, se complementa con un indicador sobre el uso de preservativos en situaciones de alto riesgo (indicador 19a) y con un indicador sobre los conocimientos relativos al VIH/SIDA (indicador 19b).

^c Este indicador corresponde al porcentaje de la población de 15 a 24 años que puede identificar correctamente las dos principales formas de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar preservativos y mantener relaciones sexuales sólo con una pareja fiel y no infectada), que rechaza los dos errores más generalizados en el país sobre la transmisión del VIH, y que sabe que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. No obstante, como actualmente no se dispone de un número suficiente de encuestas para calcular el indicador definido supra, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en colaboración con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboraron dos indicadores de sustitución que representan dos componentes del indicador real. Esos componentes son: a) el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que sabe que una persona puede protegerse de la infección del VIH mediante “el uso sistemático de preservativos”; b) el porcentaje

de mujeres y hombres de 15 a 24 años que sabe que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. Para el informe sobre el año en curso sólo se dispone de datos referentes a mujeres.

^d La prevención se mide por el porcentaje de niños menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticidas; el tratamiento se mide por el porcentaje de niños menores de 5 años que reciben tratamiento adecuado.

^e La OIT está elaborando un método mejorado para cuantificar el objetivo en el futuro.