



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 27.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 59.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

*Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007*

*Punto 3.2 del orden del día provisional*

OD-329 (Esp.)  
12 de septiembre de 2007  
ORIGINAL: ESPAÑOL

### INFORME QUINQUENAL 2003-2007 DE LA DIRECTORA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

#### ***AL FRENTE DE LA SALUD PÚBLICA DE LAS AMÉRICAS EN EL SIGLO XXI***

A los Estados Miembros:

De conformidad con las disposiciones de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe quinquenal 2003-2007 acerca de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. En él se analizan, dentro del marco de las orientaciones estratégicas y programáticas para el quinquenio 2003-2007 definidas por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, los hechos sobresalientes en cumplimiento del programa de cooperación técnica durante dicho período.

  
Mirta Roses Periago  
Directora

**DOCUMENTO OFICIAL 329**

**INFORME QUINQUENAL 2003-2007 DE LA DIRECTORA  
DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**



## CONTENIDO

*Página*

### **CAPÍTULO 1: LA SALUD, FACTOR CRÍTICO PARA EL DESARROLLO.....1**

El panorama regional a comienzos del nuevo milenio .....	5
Un Plan Estratégico 2003-2007 inspirado en la equidad y el panamericanismo.....	8
El marco estratégico gerencial para la cooperación técnica en 2003-2007 .....	9
La modernización de las Naciones Unidas y el alineamiento de la OPS con la OMS .....	12
Una cooperación técnica centrada en los países .....	13
La Política del Presupuesto Regional por Programas.....	16
Un nuevo componente presupuestario subregional.....	16
El fortalecimiento institucional con arreglo a nuevos estándares mundiales .....	17
La gestión orientada hacia la consecución de resultados .....	17
La planificación, la vigilancia y la notificación .....	17
La gobernanza .....	18
La Hoja de Ruta para la Transformación Institucional.....	18
Crear una organización de aprendizaje basada en el conocimiento .....	20
Adoptar nuevas modalidades de cooperación técnica.....	22
Las normas de rendición de cuentas y transparencia .....	23
La comunicación interna y externa .....	24
La estrategia de recursos humanos.....	25
La cooperación internacional y los nuevos socios en un mundo globalizado .....	26
Los foros mundiales y la armonización de la asistencia para el desarrollo.....	27
Las redes y las alianzas .....	29

### **CAPÍTULO 2: LA AGENDA INCONCLUSA, LA ÉTICA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO .....32**

La atención a los grupos vulnerables.....	32
El proyecto de salud y derechos humanos.....	32
La colaboración de la OPS con organismos regionales e internacionales de derechos humanos .....	33
La salud de los pueblos indígenas de las Américas .....	34
Los grupos desplazados.....	35
Las personas con discapacidades .....	36
La igualdad y la equidad de género.....	37
La desnutrición y la inseguridad alimentaria.....	38
La salud infantil y materna .....	41
La Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.....	41
La mortalidad materna.....	43
El embarazo en la adolescencia.....	45

## CONTENIDO (cont.)

Página

### CAPÍTULO 2 (cont.)

Las enfermedades transmisibles .....	46
La infección por el VIH y el sida .....	46
El principio de los “tres unos” .....	47
El dengue .....	50
La tuberculosis .....	51
El paludismo .....	53
La respuesta frente a la gripe aviar y pandémica .....	55
Las enfermedades tropicales y desatendidas .....	57
La enfermedad de Chagas .....	58
La lepra .....	60
La fiebre amarilla .....	61
La hidatidosis .....	62
La filariasis linfática .....	62
La leishmaniasis .....	63
La oncocercosis .....	64
El tracoma .....	64
La sífilis congénita .....	65
La esquistosomiasis y las geohelmintiasis .....	65
El agua potable y el saneamiento .....	65
La contaminación del ambiente domiciliario .....	67
La salud ocupacional .....	67

### CAPÍTULO 3: LOS LOGROS SANITARIOS ALCANZADOS Y LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA SALUD.....69

La extensión de la protección social de la salud .....	69
El legado de las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa .....	72
El progreso en la renovación de la atención primaria de salud en la Región de las Américas .....	72
Las funciones esenciales de la salud pública .....	74
El gasto público de salud para garantizar el acceso universal a los servicios de atención .....	76
Los recursos humanos capacitados son el eje fundamental de la salud .....	78
La planificación de los recursos humanos de salud para 2006 a 2015 .....	79
Los sistemas de vigilancia epidemiológica .....	80
Los logros alcanzados en la lucha contra las enfermedades prevenibles mediante la vacunación .....	82

## CONTENIDO (cont.)

Página

### **CAPÍTULO 3 (cont.)**

El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas .....	86
La salud ocular en América Latina y el Caribe .....	89
La salud bucodental en la Región .....	90
La promoción de la salud .....	90
La lucha contra el tabaco .....	93
La prevención de los accidentes y de los traumatismos por actos de violencia .....	96
Los preparativos para desastres y otras situaciones imprevistas de importancia sanitaria .....	97
La salud en las fronteras nacionales .....	101

### **CAPÍTULO 4: LOS DESAFÍOS SANITARIOS DEL PRÓXIMO DECENIO Y UNA OPS PREPARADA PARA ENFRENTARLOS .....**

103

La Agenda de Salud para las Américas .....	103
Los valores y principios reflejados en la Agenda de Salud para las Américas .....	103
El progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio .....	104
El Plan Estratégico 2008-2012 .....	105
El alineamiento con la OMS .....	106
Los desafíos de un entorno cambiante .....	107
La atención primaria de salud .....	109
La propiedad intelectual y las patentes .....	110
La seguridad humana y la salud .....	110
Rumbo a un mejor futuro .....	111

## **CAPÍTULO 1: LA SALUD, FACTOR CRÍTICO PARA EL DESARROLLO**

1. A lo largo del quinquenio de 2003-2007, la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana<sup>1</sup> se ha encuadrado en el contexto más amplio de los grandes ideales humanitarios y de desarrollo social enunciados en las cumbres mundiales y americanas de los tres últimos lustros, que han colocado a la salud en el núcleo de la agenda política mundial y regional. Con la Declaración del Milenio, ratificada por los jefes de 189 estados en septiembre del 2000, esos ideales se encarnan en los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

2. Estos objetivos constituyen un plan mundial sin precedente para combatir los males sociales que perpetúan el subdesarrollo: la pobreza; la desnutrición; las enfermedades; el analfabetismo; la discriminación por razones socioeconómicas; étnicas, raciales o de género; la degradación ambiental; la corrupción política y, como factor subyacente, el menosprecio por la dignidad del ser humano. Aunque sólo tres de los ocho objetivos de la Declaración del Milenio guardan relación directa con la salud —la mortalidad en la niñez, la mortalidad materna, la infección por el VIH y el sida, el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas— hay una estrecha relación de dependencia y sinergia entre todos.

3. Desde la Declaración del Milenio, los ODM se han visto reforzados por los líderes políticos de la Región. En la Cumbre Extraordinaria de las Américas (Monterrey, México, 13 de enero de 2004), los jefes de estado y de gobierno de los países americanos ratificaron los valores reflejados en los ODM al centrar sus deliberaciones en el crecimiento económico con equidad, el desarrollo social, la gobernabilidad y la necesidad de proteger la seguridad en el continente. En esa Cumbre se estableció, entre otras, la meta de dar tratamiento antirretrovírico a por lo menos 600.000 personas infectadas con el VIH en América Latina y el Caribe para 2005.

4. En el Foro Objetivos de Desarrollo del Milenio, Propuestas para la Cumbre (Brasilia, 4 de agosto de 2005), los ministros y representantes de los gobiernos de Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay y delegados de organizaciones de la sociedad civil examinaron los factores que obstaculizaban el logro de los ODM, especialmente los relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La Declaración de Brasilia estableció un consenso político en torno a la adopción de los ODM en América Latina y el Caribe, resaltó la importancia de las alianzas entre países para cumplirlos, y delineó las responsabilidades de los gobiernos, legisladores, entidades de la sociedad civil y la comunidad internacional.

---

<sup>1</sup> La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP u Oficina) es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

## **La salud y el desarrollo en las declaraciones de las cumbres**

### **Cumbres de las Américas**

“Destacamos que uno de los pilares del desarrollo humano y el progreso de las naciones es la protección social en materia de salud, por lo que continuaremos ampliando las estrategias de prevención, atención y promoción, así como la inversión en este ámbito, a efecto de proveer servicios de calidad para todos y mejorar dentro de lo posible la protección social a todas las personas, con particular énfasis en los grupos más vulnerables.”

*Declaración de Nuevo León, Monterrey, México, 12 y 13 de enero de 2004*

“Fortaleceremos la cooperación y los intercambios de información en la lucha contra enfermedades crónicas así como enfermedades emergentes y reemergentes tales como el VIH/SIDA, SARS, malaria, tuberculosis, gripe aviar y otros riesgos de salud.”

*Declaración de Mar del Plata, Argentina, 4 y 5 de noviembre de 2005*

### **Cumbre Iberoamericana**

“Compartimos la preocupación expresada en la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud, relativa al número de víctimas que continúa ocasionando al mundo una dolencia curable como la tuberculosis, cifra que alcanza las 5.000 vidas por día, constituyendo ésta la principal causa de muerte de las personas infectadas con HIV/SIDA. En el marco de dicha preocupación, igualmente hacemos nuestra la propuesta de que la salud sea considerada tema central de una próxima Cumbre, y que se contemple la posibilidad de la aplicación de un Plan Global Iberoamericano de Acción para detener aquella dolencia, en el ámbito de la iniciativa de Naciones Unidas para el período 2006–2015. Solicitamos a la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) presentar propuestas tendientes a impulsar acciones e iniciativas en diferentes ámbitos tales como el empresarial y el laboral u otros, a fin de contribuir a hacerle frente a este flagelo que afecta a nuestras sociedades.”

*Declaración de Montevideo, Uruguay, 3 a 5 de noviembre de 2006*

### **Cumbres del Grupo Río**

“Los Jefes de Estado y de Gobierno coincidieron en que para responder al desafío de la pobreza y el hambre y alcanzar el mayor desarrollo económico y social de sus pueblos se requiere centrar los esfuerzos en la población en situación de mayor vulnerabilidad con un énfasis especial en las acciones tendientes a lograr la educación universal, los servicios básicos de salud y agua potable, el bienestar de niños, niñas y mujeres y los programas para el empoderamiento de las mujeres y los jóvenes de ambos sexos, así como la equidad de género. Por lo tanto, acordaron impulsar políticas de desarrollo dentro de sus respectivos Estados para asegurar un enfoque que priorice los programas dirigidos a la reducción de la pobreza y el combate al hambre, así como el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.”

*Declaración de Turkeyen, Guyana, 2 y 3 de marzo de 2007*

“Tomando en consideración los millones de personas en la Región que no tienen acceso a los servicios básicos de salud la incidencia de la mortalidad materno infantil, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y en general la inexistencia de seguro médico, los Jefes de Estado y de Gobierno reafirmaron su compromiso con la Agenda de Salud para las Américas, según se encuentra en estos momentos en discusión entre los Estados Miembros de la OPS-OMS.”

*Declaración sobre Asuntos Sociales y Humanos, Guyana, 2 y 3 de marzo de 2007*

5. Con los ODM, por primera vez en la historia la comunidad mundial cuenta con un programa común, basado en objetivos claros y medibles, que exhorta a los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones internacionales a dar prioridad en sus planes de trabajo a reducir la pobreza y a disminuir las desigualdades en el acceso a los factores determinantes del desarrollo. Los ODM son la culminación de una larga trayectoria iniciada en 1977 con el llamamiento de salud para todos, ante las crecientes e injustas disparidades en salud. En 1978 en Alma-Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud instó a los gobiernos del mundo a velar por la salud de sus poblaciones desde una perspectiva de derecho. Desde entonces la atención primaria ha sido una plataforma de las políticas de salud en el continente americano para poner la salud al alcance de toda persona, independientemente de su situación económica o social o del lugar donde vive. Los ODM, al colocar la salud en el centro de las políticas de desarrollo, ofrecen una oportunidad invaluable para renovar y redefinir la estrategia de la atención primaria y la meta de salud para todos, a la luz de la situación epidemiológica y demográfica actual, y de las tendencias socioculturales y económicas observadas.

6. En el último quinquenio, la salud también ha ocupado un lugar relevante en el ámbito subregional. El 45° Consejo Directivo, reunido en septiembre del 2005, emitió el mandato de apoyar los planes de acción en materia de salud de los diversos procesos de integración subregional de las Américas. Para dirigir los esfuerzos de la Oficina por atender a las necesidades de las diferentes subregiones, se promovieron alianzas con los organismos responsables de coordinar los procesos de integración regionales en el área de la salud. A partir del 2006, por primera vez se crea un presupuesto bienal por programas (BPB) con un enfoque subregional. Los programas de cooperación técnica subregionales fueron acordados con la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Comunidad Andina de Naciones (CAN), respectivamente, teniendo como propósito fortalecer las estructuras y mecanismos que dichos organismos han creado en pos del desarrollo sanitario de sus respectivas áreas geográficas de influencia.

7. Los foros de cada una de las estructuras subregionales han servido para la revisión y negociación de propuestas de trabajo. Un ejemplo de ello ha sido la XXV Reunión de Ministros de Salud de los Países Andinos (REMSAA), donde los ministros de salud acordaron consolidar sus esfuerzos por mejorar el acceso a los medicamentos mediante la preparación de un plan de trabajo que incluya una estrategia de comunicación social y de información pública para dar continuidad al proceso de negociación conjunta de medicamentos contra la infección por el HIV y otros que se consideren estratégicos. Los Ministros de Relaciones Exteriores de la CAN aprobaron en septiembre de 2004 el Plan Integrado de Desarrollo Social (PIDS), en el cual se incorpora el tema de la salud y se definen las acciones que deberán tomarse por medio de programas y proyectos comunitarios en las siguientes áreas: vigilancia epidemiológica, mejoramiento de las condiciones de salud de la población en zonas fronterizas y el acceso a medicamentos y otros insumos de salud de la población. La OPS viene apoyando

activamente estas iniciativas, que se coordinan con el Organismo Andino en Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU). Se puede destacar el acompañamiento que viene haciendo la OPS a la preparación de la tercera ronda de negociación de medicamentos antirretrovirales y reactivos para la infección por VIH y el sida, al que se incorporarán los países miembros del MERCOSUR. Esta cooperación se suma al apoyo que la OPS brinda para el cumplimiento de los objetivos de las resoluciones que aprueban los ministros de salud reunidos en la REMSAA por lo menos una vez al año. La OPS contribuye técnicamente para que los países de la subregión ejecuten el Reglamento Sanitario Internacional mediante instrumentos y procedimientos de vigilancia epidemiológica armonizados, además de que apoya la acción de los comités subregionales andinos de salud intercultural, control del paludismo (PAMAFRO), preparativos y atención de desastres, y recursos humanos.

8. En el caso de MERCOSUR, se ha venido trabajando tanto con la Reunión de Ministros de Salud como con los subgrupos de trabajo de salud, ambiente y agricultura, además de las varias subcomisiones que los integran. Conjuntamente fueron identificadas ocho áreas temáticas expresadas programáticamente en cinco proyectos para esa subregión, en las áreas de sistemas de información y comunicación de salud; la salud en las fronteras; el Reglamento Sanitario Internacional; las cuentas nacionales de salud; la estrategia integral para el control del dengue; las medidas de reglamentación sanitaria subregionales, y la salud ambiental y del trabajador. Para poner en práctica el plan de trabajo subregional del MERCOSUR, la OPS coordina con la Presidencia Protempore correspondiente. Adicionalmente, la Organización está acompañando el diálogo de las instancias subregionales del área andina y MERCOSUR en la identificación de aspectos comunes entre las dos subregiones.

9. Centroamérica y República Dominicana desarrollan una dinámica actividad integracionista en materia de salud. El Consejo de Ministros de Salud del SICA, apoyado por el Secretario de Integración Social Centroamericana (SISCA), se reúne dos veces al año y la reunión del Sector de la Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) convoca anualmente a los ministros de salud y máximos representantes de las instituciones de la seguridad social y del sector de agua y saneamiento. Las resoluciones y acuerdos emanados de estas instancias de decisión política y concertación se orientan a mejorar los problemas comunes de los países, particularmente a prevenir y controlar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y las originadas en causas externas, así como a proveer servicios de salud y saneamiento. La reciente emisión de la Política Subregional de Medicamentos, aprobada en la XXIII RESSCAD, que contempla una lista común de medicamentos y la negociación conjunta, es otro ejemplo de las ventajas de la integración en cuanto a la escala de las acciones gerenciales y medidas epidemiológicas para mejorar la salud colectiva en la subregión.

10. A mediados de los años ochenta, el Caribe estableció un marco estratégico de cooperación en materia de salud que se centra en acciones y recursos colectivos en áreas prioritarias para los países de la subregión. El CARICOM asimismo ha establecido el

Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD) a fin de coordinar las políticas sanitarias y sociales en la subregión. Los ministros de salud se reúnen por lo menos una vez al año para tratar los asuntos de salud subregionales y aprobar los presupuestos y programas de las instituciones de salud regionales. Durante el último decenio los jefes de estado han pedido que se examinen el papel y las funciones de dichas instituciones regionales con miras a mejorar su eficacia. En su última conferencia anual de julio del 2007, los jefes de estado acordaron agrupar a las instituciones de salud regional en un único organismo de salud pública del Caribe. Esta decisión significa una contribución a la integración y proporciona una plataforma para la coordinación más eficaz de las iniciativas de salud subregionales.

### **El panorama regional a comienzos del nuevo milenio**

11. Desde la década de los noventa la OPS, junto con otras agencias de las Naciones Unidas, ha llamado a una transformación productiva con equidad para mitigar los difíciles problemas de salud de América Latina y el Caribe. La realidad de la Región en el año 2000 revelaba un panorama complejo. La población estimada era de 832,92 millones de habitantes y las tasas de fecundidad y mortalidad disminuían, a la vez que aumentaba la esperanza de vida en ambos sexos y en todas las edades, con el envejecimiento consiguiente de la población. No obstante, el ritmo del envejecimiento se desaceleraba en algunos países debido a un aumento de la mortalidad por accidentes automovilísticos, actos de violencia, abuso de sustancias nocivas y otras causas externas. Aunque la transición demográfica tenía distintas características en cada país, en todos comenzaba a notarse una carga simultánea de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Entre las primeras constituían problemas especialmente graves las enfermedades emergentes, el paludismo, el cólera, el dengue, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, sobre todo la infección por el VIH y el sida; entre las segundas, las enfermedades mentales, las enfermedades cardiovasculares, los cánceres y los trastornos endocrinos, como la diabetes sacarina del tipo 2. Los países aún no habían eliminado el tétanos neonatal, la sífilis congénita o la enfermedad de Chagas, en tanto que la transición demográfica y epidemiológica creaba exigencias que ponían a prueba una infraestructura de salud pública precaria.

12. En 2000, las afecciones relacionadas con una mala alimentación —la anemia, la obesidad, la desnutrición y las carencias de micronutrientes— aquejaban a millones de personas en la Región. Algunos grupos de población, entre ellos los pueblos indígenas, los niños, los adolescentes, los pobres, las personas sin empleo, los ancianos y las personas sin seguro médico, tenían necesidades especiales que el sistema de asistencia sanitaria no satisfacía. Otros, como los trabajadores itinerantes y de la economía informal, estaban expuestos a diversos riesgos de origen químico, biológico y mecánico sin tener un mínimo de protección.

13. Por otro lado, al comienzo del quinquenio persistían en la Región factores económicos, políticos y sociales poco conducentes a la equidad en materia sanitaria, reconociéndose que la pobreza generalizada afectaba a aproximadamente 211 millones de personas y menoscababa el ejercicio de los derechos ciudadanos y la participación en los mercados mundiales. La Región de las Américas era y sigue siendo, lamentablemente, la de mayor inequidad de ingreso del mundo.

14. Aunque en 2002 la mayoría de los países de la Región habían alcanzado varios de los objetivos vinculados con la meta de salud para todos, los indicadores revelaban marcadas diferencias entre países y dentro de cada país, aunque ocultos por las cifras promedio nacionales y subregionales. Había, además, enormes disparidades sanitarias entre distintos grupos de población en función del ingreso, el sexo, el origen étnico, la edad y otros factores determinantes de la salud.

15. La tasa de crecimiento económico en la Región al comienzo del quinquenio era muy baja. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), las economías de la Región se expandieron solamente 1,5% en 2003 y ese año el PIB per cápita no creció, tras haber descendido en 2001 y 2002. Según un estudio que realizaron en 18 países el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la CEPAL y el Instituto Brasileño para la Investigación de la Economía Aplicada (IPEA), las tendencias del momento indicaban que sólo 7 de los 18 países —Argentina, Chile, Colombia, Honduras, Panamá, República Dominicana y Uruguay— alcanzarían en 2015 los ODM relacionados con la reducción de la pobreza.

16. Sin embargo, no todo en la Región era desfavorable. Se habían realizado notables avances debido a la restauración o instauración en muchos países de gobiernos pluralistas favorables a los movimientos en pro de los derechos de grupos especiales, como los trabajadores, las mujeres y los grupos indígenas, y que se preocupaban más por el medio ambiente. Nuevos procesos de desarrollo institucional, como la descentralización y la desconcentración, habían llevado a una mayor participación de los ciudadanos locales, aunque no suficiente para reducir las inequidades sociales y económicas. Por otro lado, la democratización y la descentralización habían empezado a generar una mayor participación ciudadana en la planificación y administración de los sistemas y servicios de salud de la Región.

17. La desigualdad de los esfuerzos por modernizar el aparato estatal y fortalecer sus sistemas de reglamentación, sumada a los efectos de la globalización y la inestabilidad económica y política, había llevado a una pérdida de confianza en la capacidad del Estado para velar por la equidad. Por otro lado, la liberalización económica del comercio no había beneficiado a todos los países en el mismo grado, pero las economías nacionales estaban cada vez más conectadas entre sí en el mercado mundial. Había volatilidad e incertidumbre y una inestabilidad generalizada ocasionada por graves crisis políticas y económicas, como los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos, la reaparición de la fiebre aftosa con su consiguiente impacto sobre la exportación de ganado en algunos países, y varios desastres naturales.

18. Pese a algunas mejoras, en 2002 seguía habiendo brechas en la prestación de servicios de agua limpia y saneamiento. Alrededor de 15,4% de la población de América Latina y el Caribe todavía no tenía acceso a agua potable, cerca de 20,8% carecía de acceso al saneamiento y sólo 13,7% de las aguas residuales recogidas por los sistemas de alcantarillado se trataba antes de la descarga. Aunque cada vez eran más numerosos los hogares pobres con servicios de agua y saneamiento, una proporción mayor de los ingresos familiares se destinaban al pago de éstos. El tratamiento y la eliminación higiénica de los miles de toneladas de desechos producidos diariamente en las zonas urbanas planteaban un problema grave, como también la contaminación biológica, química y física del aire, el agua y el suelo por efecto de la urbanización, la industrialización, el transporte y los hábitos de consumo.

19. Varios desastres naturales habían agravado el problema de la inequidad y habían afectado desproporcionadamente a los residentes de barrios marginales asentados en sitios muy vulnerables. Los desastres habían puesto de manifiesto la fragilidad de las estructuras sociales y una actitud de indiferencia fatalista frente a la necesidad de tomar medidas preventivas.

20. En América Latina se habían logrado reformas estatales progresivas. Los sistemas y servicios de salud habían sufrido transformaciones internas, sobre todo en relación con la estructura y organización de los servicios prestados, su financiamiento, y la participación del sector privado y de aseguradoras privadas en el diseño y la ejecución de nuevos modelos de atención de salud y de prestación de servicios. Sin embargo, nada de ello había surtido los efectos previstos y varias áreas necesitaban mayor atención: la infraestructura sanitaria; las funciones esenciales de la salud pública; la protección social de la salud; la equidad en el acceso a los servicios asistenciales; los recursos humanos, y la calidad de la atención. La capacidad de gestión de los recursos humanos, que representan el activo más valioso de los sistemas de salud, era débil en toda la Región. La distribución del personal era poco uniforme, en parte por efecto de su migración en busca de mejores empleos. Los sueldos eran bajos, las condiciones de trabajo deficientes, y no había vinculación entre la formación de personal sanitario y las necesidades de los servicios de salud.

21. A pesar del creciente interés del público en la salud, el bienestar general y la alimentación, en general las tentativas por influir en el modo de vida individual habían surtido poco efecto, con la sola excepción de la iniciativa de comunidades y municipios saludables. Ello se debía en parte al estado de pobreza y poca escolaridad de las poblaciones destinatarias. La salud pública misma se había venido transformando; se conocían mejor los factores determinantes de la salud y las enfermedades. No obstante, estaban descuidadas algunas áreas esenciales; faltaban medidas para mejorar la salud de la población, la prevención, el bienestar general, las comunidades, la infraestructura de la salud pública y la prestación de servicios. A la vez habían surgido retos nuevos e inesperados, como el peligro de posibles ataques biológicos y químicos y de pandemias

de enfermedades emergentes para las cuales el sector de la salud de todos los países debía prepararse.

### **Un Plan Estratégico 2003-2007 inspirado en la equidad y el panamericanismo**

22. Al iniciarse un nuevo período en la Dirección de la Oficina Sanitaria Panamericana en febrero de 2003, se aprobó el Plan Estratégico 2003-2007 (en lo sucesivo el “PE 2003-2007” o simplemente “el plan”) con arreglo a la resolución CSP26.R18 de la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana. Este plan representó la respuesta a un panorama sanitario regional caracterizado por la presencia de enormes inequidades sociales y se centraba en la búsqueda de la equidad y en el principio del panamericanismo, entendido como la ayuda mutua entre países de la Región para resolver sus problemas.

23. El plan contiene ocho áreas de acción prioritarias definidas por los Estados Miembros y, con arreglo a los mandatos internacionales en pro de la equidad social, concentra la asignación y movilización de recursos en ciertos grupos vulnerables y en los países más agobiados por el endeudamiento y la pobreza. Bolivia, Honduras, Guyana y Nicaragua tenían grandes deudas externas que impedían invertir en la infraestructura sanitaria, entre las más precarias del continente; Haití, el país más rezagado de la Región, tenía las tasas más altas de mortalidad materna y de mortalidad infantil.

24. La OPS no sólo debía dar a estos Estados Miembros su apoyo técnico directo, sino también dirigir hacia ellos la atención y la ayuda de otros países de la Región. Simultáneamente, la Oficina enfrentaba la necesidad de complementar su concentración en esos países con intervenciones sistemáticas dirigidas a los grupos de población más vulnerables y desprotegidos: las mujeres, los niños y los ancianos, particularmente en los focos de pobreza urbanos y rurales, incluidas las zonas de “nueva pobreza” en las grandes ciudades, y las poblaciones autóctonas y afrodescendientes.

#### **Las ocho áreas de acción prioritarias del Plan Estratégico 2003-2007**

- La prevención, el control y la reducción de las enfermedades transmisibles
- La prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles
- La promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables
- El crecimiento y desarrollo sanos
- La promoción de entornos físicos seguros
- Los preparativos, la gestión y la respuesta en casos de desastre
- El acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sustentables
- La atención a la salud en la formulación de las políticas sociales, económicas, ambientales y de desarrollo

25. Desde luego, las ocho áreas técnicas prioritarias del Plan Estratégico no son campos de acción separados e independientes; más bien, la natural interrelación entre muchos de sus componentes impone la necesidad de buscar maneras más flexibles e integradas de llevar a cabo la labor de la Oficina. Para fortalecer su capacidad operativa, la OPS aspira a conseguir un desarrollo institucional basado en seis metas concretas que también forman parte del PE 2003-2007:

- transmitir información de calidad de manera oportuna para mejorar la cooperación técnica y sus repercusiones;
- generar y utilizar información estratégica para prever los acontecimientos;
- responder anticipadamente a los desafíos futuros y aprovechar las oportunidades;
- llegar a formar parte de la corriente principal de las redes de ciencia y tecnología y aprovechar los conocimientos para mejorar la salud en la Región;
- llegar a ser un líder reconocido en los asuntos transnacionales y mundiales que influyen en la salud regional y nacional;
- fomentar la formación de una fuerza laboral creativa, competente y comprometida;
- lograr un alto nivel de desempeño y establecer puntos de referencia para otros organismos sanitarios internacionales.

26. Un gran esfuerzo de abogacía conjunta con los Directores Regionales de las Agencias de Naciones Unidas logró sensibilizar a los líderes políticos acerca de la importancia y trascendencia de la Declaración del Milenio. El mensaje de lucha contra la pobreza y el hambre y a favor de la equidad comenzó a resonar en la Región, donde el 80% de los pobres residen en los países más prósperos.

27. Aunque los ODM establecidos por las Naciones Unidas se tuvieron en cuenta al elaborar el PE 2003-2007, éste se preparó antes de que se hubiesen acabado de formular los ODM regionales y sus metas, que posteriormente debieron incorporarse en las actividades institucionales como parte integrante del trabajo de la OPS. La iniciativa de “Rostros, voces y lugares” lanzada por la OPS en agosto de 2006 se creó para ayudar a las comunidades más pobres de América Latina y el Caribe a fomentar la equidad y cumplir los ODM que guardan relación con la salud. Se basa en un análisis de la situación de salud en comunidades individuales que permita planificar y poner en marcha intervenciones con el apoyo técnico de la OPS. Cada intervención tiene como fundamento el empoderamiento de los habitantes y el establecimiento de alianzas horizontales entre la comunidad y entidades prestadoras de asistencia técnica.

### **El marco estratégico gerencial para la cooperación técnica en 2003-2007**

28. Respondiendo a la resolución CE130.R1, se desarrolló una estrategia gerencial encaminada a lograr los resultados previstos en el PE 2003-2007 con un enfoque triple

con el cual se buscaba: a) promover la agenda inconclusa, es decir, atender a las áreas pendientes sin avances suficientes; b) proteger los logros alcanzados en materia de salud, y c) preparar a los países para encarar los problemas futuros, así como los más persistentes y rebeldes del panorama sanitario regional.

29. Atenta a la necesidad de renovarse frente a los cambios rápidos observados en su entorno operativo, desde 2003 la Oficina ha enfocado su gestión estratégica en un programa de transformación y desarrollo institucional con cuatro objetivos internos: a) una cooperación más centrada en los países y una mejor integración entre los diversos niveles de la Organización, incluida la OMS, y dentro de cada nivel; b) una capacidad fortalecida para actuar como foro regional para el debate y la formulación de políticas de salud pública; c) una mayor disponibilidad de estadísticas de salud y de información de salud pública para la formulación de políticas, la elaboración de programas y el aprendizaje continuo, con miras a generar, intercambiar y analizar la información, formar redes y forjar alianzas; d) la creación de un entorno propicio para la innovación en la prestación de la cooperación técnica.

#### **El marco estratégico para la cooperación técnica de la Oficina en 2003-2007**

##### *Finalizar la agenda de salud inconclusa:*

- reducir las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil;
- mejorar los indicadores de salud de los sectores más pobres de la sociedad, incluidos los pueblos indígenas y las personas de ascendencia africana;
- batallar contra las enfermedades prevenibles o curables persistentes que estuviesen "desatendidas", entre ellas la filariasis, el tracoma, las parasitosis, la peste, la enfermedad de Chagas, la brucelosis y la fiebre amarilla;
- reducir la desnutrición y la inseguridad alimentaria en las comunidades más pobres del continente americano, y
- ampliar la cobertura del abastecimiento de agua potable y los servicios de saneamiento.

##### *Proteger los logros alcanzados:*

- ampliar la cobertura de vacunación;
- mejorar el desarrollo sanitario y la gobernanza locales;
- mejorar la salud pública en las zonas fronterizas e integrar las inquietudes sanitarias subregionales;
- mejorar la atención primaria de salud y concebir y promover políticas públicas sólidas para mejorar la calidad de vida de la población.

##### *Afrontar los retos nuevos y pendientes:*

- la propagación de la infección por el VIH y el sida;
- la violencia;
- el síndrome respiratorio agudo grave (SARS);
- el virus de la gripe aviar;
- la epidemia de tabaquismo, y
- los desastres naturales.

30. El proceso de transformación institucional se ha venido efectuando con la participación de todo el personal de la Oficina, el sistema de la Organización Mundial de la Salud (OMS), otros organismos de las Naciones Unidas, y los Estados Miembros. Estos últimos han participado activamente en el proceso mediante el llamado Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, establecido en el año 2003 para analizar la situación de la Organización en los albores del nuevo siglo y velar por el cumplimiento de ciertos parámetros de desempeño institucional.

31. En el 45.º Consejo Directivo, celebrado en septiembre de 2004, y en la Reunión Anual de Gerentes de octubre de 2004, la Directora reemplazó los cuatro objetivos estratégicos iniciales de la estrategia gerencial para la transformación institucional por cinco nuevos que, como los anteriores, ponían el acento en llevar a la Oficina a responder mejor a las necesidades de los países; adoptar nuevas modalidades de cooperación técnica; afianzarse como foro regional de la salud en las Américas; convertirse en una institución de aprendizaje basada en el conocimiento, y mejorar los procesos de gestión.

#### **El Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI**

En septiembre de 2003, el 44.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD44.R14 de establecer un grupo de trabajo para analizar la situación de la OPS en el siglo XXI. El grupo se constituyó con Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica y Perú, en calidad de miembros del Comité Ejecutivo de 2003-2004, y se abrió a todos los demás Estados Miembros de la OPS y a otras entidades conocedoras del proceso de reforma institucional de las Naciones Unidas que quisieran integrarlo, procurando que hubiese una distribución equilibrada entre las subregiones. El Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI tuvo la función de reexaminar la visión, misión y valores de la OPS y de recomendar cambios estratégicos que le permitieran a la institución encarar los principales retos de salud del nuevo siglo en las Américas, y contribuir a los objetivos formulados por las Naciones Unidas en la Declaración del Milenio.

Después de numerosas reuniones presenciales y virtuales y de un proceso de análisis y discusión entre los Estados Miembros con el apoyo de la Oficina, se presentó su informe final (documento CD46/29) ante el Comité Ejecutivo, con recomendaciones en torno a distintos asuntos vinculados con la reforma institucional: los principales problemas de salud pública regionales previstos para los próximos años; el carácter evolutivo de las asociaciones y alianzas propias del desarrollo sanitario internacional que podían afectar a la función de la OPS; los bienes de salud pública regionales y mundiales y su relación con el mandato de la Organización; las distintas formas de cooperación técnica en el ámbito de la salud; la gobernanza de la OPS, y los recursos humanos, financieros, científicos y tecnológicos con los que contaba la Oficina en el contexto actual. La creación del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI representó un paso decisivo en el proceso de modernización, reforma y fortalecimiento que ha impregnado toda la labor de la Oficina en el periodo de 2003-2007.

## **La modernización de las Naciones Unidas y el alineamiento de la OPS con la OMS**

32. En 1997, los Estados Miembros de las Naciones Unidas impulsaron un programa de reformas institucionales de largo alcance para integrar más eficientemente las áreas de su competencia —especialmente el desarrollo sustentable, los derechos humanos y la eliminación de la pobreza— en los planes de desarrollo nacionales y lograr el mayor impacto y efectividad de la cooperación internacional. El objetivo perseguido era una respuesta más eficiente, coherente y congruente con las necesidades de los países. Todos los organismos, al igual que muchos donantes bilaterales, entidades financieras internacionales y otros colaboradores clave, se comprometieron a armonizar sus estrategias de cooperación y ciclos de planificación. El Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (GNUM) agrupó todos los fondos y programas de los órganos de las Naciones Unidas destinados al desarrollo para facilitar la formulación de políticas globales. Se implantaron al mismo tiempo el sistema de evaluación común para los países y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) como plataformas estratégicas para impulsar en los Estados Miembros el logro de las metas acordadas en las conferencias mundiales.

33. La OMS pronto se unió al GNUM y, en el quinquenio 2003-2007, la Oficina emprendió un proceso de transformación institucional encaminado a armonizar sus políticas y estrategias con las de ese organismo.

34. En 2003, la OPS se incorporó al grupo de Directores Regionales de los organismos pertenecientes al Comité Ejecutivo del Grupo de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe: el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) en América Latina y el Caribe. Este grupo se reúne cada trimestre para coordinar las acciones conjuntas en la Región y debatir temas de relieve acerca del impulso al desarrollo y la reforma de las Naciones Unidas. Gracias a este trabajo interagencial, se elaboró el informe conjunto de todas las agencias regionales de las Naciones Unidas titulado *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*, publicado en 2005 por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La OPS preparó el capítulo sobre la salud y los ODM con aportes del UNFPA.

35. Asimismo, el Grupo de Directores Regionales ha venido apoyando a Uruguay en el proceso de reforma de Naciones Unidas, ya que es el único país piloto dentro de la Región y el único país de ingresos medios de los ocho países seleccionados como pilotos.

36. En el año 2006, la OPS sirvió de agencia anfitriona para la reunión del grupo de Directores Regionales de América Latina y el Caribe y presentó los adelantos más recientes en el campo de la vacunación. En esa reunión se firmó una declaración del grupo de Directores Regionales acerca del programa de inmunización como un bien público.

37. La OPS es miembro fundador del grupo de agencias copatrocinadoras del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y, como tal, ha seguido organizando y asistiendo a las reuniones permanentes del grupo para reforzar la respuesta de las Naciones Unidas a la infección por VIH y el sida en América Latina y el Caribe. En junio del 2003 se emitió una declaración de los Directores Regionales con el compromiso de fortalecer el diálogo político sobre el VIH/SIDA con los gobiernos, intensificar la colaboración en esa área con entidades regionales y subregionales, la sociedad civil y asociaciones de personas que sufren de la infección por VIH y sida, y movilizar los recursos internacionales para ayudar a los países a contrarrestar este grave problema de salud pública.

38. Desde el 2003, la OPS ha logrado progresivamente una mayor convergencia con la OMS en su estrategia de cooperación, como ilustran la gestión orientada hacia la consecución de resultados y la cooperación técnica centrada en los países. Por decisión de sus Estados Miembros, la OPS también ha modificado su política presupuestaria regional y ha reestructurado su presupuesto por áreas de trabajo, y con ello ha logrado agrupar las actividades independientemente de las estructuras y ha facilitado el uso del presupuesto como instrumento de gestión estratégica. En este sentido la OPS ha sido pionera entre los organismos internacionales de cooperación.

39. El proceso de convergencia con la OMS es uno de los aspectos sobresalientes del Plan Estratégico 2008-2012 (“PE 2008-2012”), que se describe en el último capítulo de este informe, ya que en el quinquenio venidero los resultados previstos por la Oficina coincidirán por completo con los previstos en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y con el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS. La Oficina fue la primera de las oficinas regionales de la OMS en celebrar consultas con sus Estados Miembros acerca del Undécimo Programa General de Trabajo.

### **Una cooperación técnica centrada en los países**

40. La gestión estratégica de la OPS a lo largo de 2003-2007 ha tenido como elemento clave las Estrategias de Cooperación en los Países (ECP), marco de cooperación a mediano plazo que ha formado parte del proceso de convergencia con la OMS. Las ECP se orientan a mejorar la planificación estratégica del trabajo sobre el terreno y a integrar mejor el apoyo técnico brindado a cada Estado Miembro. Cada ECP comienza con un análisis cuidadoso de la situación local y supone amplias reuniones de consulta con actores y socios clave en la esfera de la salud. Este enfoque ha sido tan importante en el quinquenio de 2003-2007 que la Unidad de Apoyo a los Países ha sido reestructurada y colocada bajo la Oficina de la Directora. Otra medida muy importante ha sido la creación en 2006 de la Unidad de Desarrollo Institucional, que ha marcado una nueva etapa con la observación continua del proceso de transformación interna como un paso esencial para lograr una gestión orientada hacia la consecución de resultados.

41. Al establecer las ECP como guía del trabajo con cada país en el mediano plazo, la Oficina inició su aplicación en Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua. En Haití, durante la transición política se elaboró un marco provisional de cooperación que ha permitido la acción coordinada de todos los organismos de las Naciones Unidas y los donantes. Para cada ECP se han tenido en cuenta los ODM, los acuerdos regionales y subregionales, los programas para reducir la pobreza y los planes nacionales de salud, así como la información obtenida de las distintas contrapartes nacionales y de los socios para el desarrollo. En 2004 se celebró una reunión consultiva del Grupo de Trabajo para Países Prioritarios.

42. En los países prioritarios, todas las ECP han destacado la función de la Oficina como entidad facilitadora de alianzas con otros organismos y fortalecedora de la capacidad nacional para coordinar la cooperación internacional y el liderazgo sectorial. Los países han participado en varias actividades que han facilitado estas funciones: UNFPA y UNICEF organizaron un taller, con participación de las representaciones de OPS de Honduras y Nicaragua, para determinar las estrategias más eficaces para la colaboración interinstitucional y formular planes operativos regionales para 2005-2006. Otro taller sobre la armonización y el alineamiento organizado por los bancos de desarrollo regionales tuvo lugar en Honduras en noviembre del 2004. Las ECP de cuatro de los países clave se han presentado ante la Asamblea Mundial de la Salud y las de los cinco países clave se han presentado en la sede de la OPS. Una clara manifestación de solidaridad en la Región ha sido la aprobación de 30 proyectos de cooperación técnica entre países (CTP) en 2005 y 2006. Los mecanismos de integración subregional han sido fortalecidos con la aprobación de sus respectivos BPB en el 2006.

43. Desde el 2003 la Organización ha incrementado notablemente su capacidad para responder a las necesidades de desarrollo de los países y ha facilitado la participación de los Estados Miembros en convenios colectivos subregionales, regionales y mundiales vinculados con la salud. La elaboración del marco de cooperación técnica de la Oficina para 2003-2007 ha marcado un hito estratégico. El marco, junto con el programa y la estrategia de cooperación correspondientes, se ha orientado a lograr una relación de trabajo más estrecha con los países; a identificar a los países y grupos de población más necesitados y las áreas de acción prioritarias; a conseguir una mayor participación de la Organización en los debates políticos mundiales, regionales y nacionales en torno a la salud; a encarar los problemas subyacentes que determinan la situación de salud; a generar capacidad en los planos local, nacional y subregional; a establecer alianzas estratégicas con diferentes socios; a entablar contacto con otras entidades, y a facilitar el intercambio de conocimientos dentro de la Organización y entre ella y otras entidades.

44. Además, la Oficina incrementó su participación en el diálogo político y en los procesos de generación de consenso, como lo indica la aprobación por parte de los países de la Región de la Agenda de Salud para las Américas. La Oficina ha asumido un papel importante en las actividades del Sistema Interamericano por conducto del Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres (GRIC) y el Grupo de Trabajo Conjunto de

Cumbres (GTCC) de la OEA, como también en las del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Ha participado en diversas reuniones interministeriales con los sectores de la salud, el medio ambiente, la educación, el trabajo y la agricultura y en acciones intersectoriales en torno a los factores determinantes de la salud; en el diálogo con instituciones financieras internacionales, con el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (Fondo Indígena), con la Secretaría General de Cumbres Iberoamericanas y con la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ).

45. En 2005 se elaboraron directrices para conseguir la plena participación de los países y de todos los niveles de la Organización en la formulación de los planes de salud regionales y nacionales. Asimismo, a lo largo del quinquenio se ha incrementado la participación de las representaciones de la OPS/OMS en los países en los procesos y decisiones institucionales de la Oficina, con una mayor sinergia entre las áreas y unidades técnicas, en parte como resultado de la celebración de reuniones virtuales. En general se ha adoptado un enfoque integral e interprogramático en torno a las estrategias de alcance regional, reflejado en la formación de grupos de trabajo en diversas áreas, como es el caso de la preparación de medidas de alerta frente al peligro de epidemias y de respuesta frente a una pandemia de gripe; de la desnutrición, la infección por VIH y el sida; de la cooperación con los países clave, y de las enfermedades crónicas.

46. Se ha adoptado una política de descentralización a fin de agilizar la prestación de servicios. En el 2006, a la Coordinación de Programas en el Caribe se le asignó la tarea de promover la cooperación en materia de salud en el Caribe (en su tercera fase) junto con los centros especializados de la OPS en esa subregión: el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

47. Se han descentralizado los puestos de los asesores regionales a fin de mejorar la capacidad para prestar cooperación técnica por medio de redes especializadas de refuerzo a las capacidades en cada país. La cooperación técnica regional en materia de agua y saneamiento básico se ha descentralizado al Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS); la Unidad de Salud de la Mujer y Salud Materna (FCH/WR) se ha descentralizado al Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP); y el área de la Salud Pública Veterinaria se ha descentralizado hacia el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA). El Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) se suprimió en 2005 y sus actividades se consolidaron con las de PANAFTOSA. Asimismo, se ha incrementado la delegación de autoridad a los representantes de la OPS/OMS para la adquisición de servicios y la contratación.

48. En septiembre de 2006 la OPS estableció la Oficina para el Caribe Oriental con el propósito de mejorar su cooperación técnica y aumentar su presencia en esos países y territorios. Además del personal de la Representación en Barbados, cuatro funcionarios

han sido contratados y colocados estratégicamente en Anguilla, Antigua y Barbuda, Dominica y Granada.

### **La Política del Presupuesto Regional por Programas**

49. Un paso muy importante ha sido la aprobación de la Política del Presupuesto Regional por Programas (PPRP) por el 45.º Consejo Directivo en septiembre de 2004, que representa un marco explícito para orientar la asignación de recursos hacia el logro de los fines señalados en la gestión orientada a la consecución de resultados (GOCR), así como de los resultados que se espera obtener mediante el proceso de cambio institucional.

50. El nuevo marco para la asignación de recursos acordado por los Estados Miembros ha modificado algunos elementos fundamentales de la estructura del presupuesto por programas de la Organización, destinando una mayor proporción de los recursos a los programas en los países; ha creado el nivel de asignación subregional para la cooperación técnica en el contexto de los procesos de integración subregionales; y ha establecido las bases para la asignación de los recursos entre los países según sus necesidades y con arreglo a criterios de equidad y solidaridad.

51. Con arreglo a la PPRP, los recursos provienen del presupuesto ordinario (las cuotas de los Estados Miembros), de la contribución de la OMS (ordinaria y voluntaria) y de otras fuentes (contribuciones voluntarias a la Oficina). La PPRP mejora la convergencia entre los programas de trabajo de la OPS y de la OMS y así permite a la Oficina alinear sus esfuerzos con las necesidades y los mandatos mundiales y regionales.

52. La PPRP ha introducido una nueva política para la asignación de recursos entre los países que consta de dos componentes: uno básico y otro variable. El componente básico representa 95% de la asignación a los países y consta, a su vez, de dos partes: una fija y una basada en las necesidades. La parte asignada en función de las necesidades depende de la situación sanitaria del país (determinada por un índice compuesto de las necesidades de salud); la parte fija es igual para todos los países, con lo que se respeta el principio de cooperación de la Organización con todos los Estados Miembros, independientemente de su situación sanitaria relativa. La parte variable de la asignación, que no excederá 5% de los recursos totales asignados al país, está concebida para conferir flexibilidad al proceso de asignación.

### ***Un nuevo componente presupuestario subregional***

53. El objetivo principal del nuevo componente presupuestario subregional por programas ha sido el de intensificar la asistencia prestada por la OPS a los procesos de integración subregional de las Américas en el ámbito de la salud. Estos procesos han sido, en particular, los de la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la

Comunidad Andina de Naciones (CAN). La categoría de asignación subregional también abarca los recursos ordinarios y extrapresupuestarios de la OPS destinados a los tres centros subregionales —el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)— y a la Oficina de Campo de la OPS en la frontera mexicano-estadounidense en El Paso (Texas).

### **El fortalecimiento institucional con arreglo a nuevos estándares mundiales**

54. El entorno de la Organización a comienzos de siglo se caracteriza por el predominio de nuevas expectativas y estándares mundiales para las entidades internacionales. La reforma emprendida en el sistema de las Naciones Unidas y el Sistema Interamericano es un reflejo del interés general por fortalecer la gobernanza, mejorar los procesos de planificación y gestión, e incrementar la rendición de cuentas y la transparencia. El propósito fundamental es hacer que todas las actividades de la institución contribuyan a generar los cambios deseados en las poblaciones.

### ***La gestión orientada hacia la consecución de resultados***

55. En 2003-2007 la OPS ha puesto en práctica una gestión orientada hacia la consecución de resultados. Ello significa que todas sus actividades han gravitado en torno a determinados resultados deseados o previstos, es decir, a los cambios que desea conseguir en el estado de salud de los habitantes de sus Estados Miembros. En la OPS, la GOCR se ha centrado en la planificación, ejecución y gestión de las medidas encaminadas a alcanzar los resultados previstos del PE 2003-2007. La GOCR ha implicado todo un cambio paulatino en la cultura gerencial que se ha visto reforzado en el quinquenio de 2003-2005 por una nueva planificación estratégica, un presupuesto bienal por programas (PBP) y la supervisión del rendimiento por el Sistema de Planificación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES). Internamente, la GOCR ha exigido cambios en todos los procesos de planificación y evaluación estratégicas, en la delegación de autoridad, en el sistema de rendición de cuentas y en los programas de perfeccionamiento del personal.

### ***La planificación, la vigilancia y la notificación***

56. La planificación es un aspecto fundamental de la GOCR que se lleva a cabo en la Oficina con arreglo a un método lógico para el diseño de proyectos basado en resultados (Marco Lógico). Sus elementos principales son el Plan Estratégico, que define los resultados previstos por la Secretaría para la Región; el presupuesto por programas, que es el documento operativo fundamental de la OPS; y los planes de trabajo de las unidades, que son los presupuestos bienales por programas (BPB) ya descritos. Partiendo de los resultados planificados en el presupuesto por programas, cada unidad elabora su plan de trabajo bienal, vinculando sus propios resultados previstos con los resultados previstos de alcance regional que se hayan aprobado.

## ***La gobernanza***

57. Reforzar la gobernanza ha sido un aspecto esencial del fortalecimiento institucional de la OPS. Como producto de la reflexión del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI en el 2005, el Comité Ejecutivo creó el Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza, en conformidad con la decisión CE137(D5), para que revisara algunos aspectos del gobierno de la OPS, entre ellos el proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y el mejoramiento de los reglamentos internos de los Cuerpos Directivos. El grupo examinó en particular las actividades del Subcomité de Planificación y Programación (SPP), del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales y recomendó formas de simplificarlos y reformarlos.

58. El SPP se sustituyó por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (SPBA), investido con nuevas funciones, entre ellas las de analizar las políticas de cooperación técnica; la planificación, la programación y el presupuesto; los planes estratégicos, el presupuesto por programas y los informes sobre el desempeño y la evaluación; y de seguir la integración de la igualdad de género dentro de la Organización, además de examinar las relaciones oficiales con las ONG. También se eliminó el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y se recomendó incorporar transversalmente la equidad y sensibilidad en materia de género en todos los aspectos técnicos del trabajo de la Oficina y en los informes generales de salud pública presentados al Comité Ejecutivo.

59. En general el Grupo de Trabajo ha recomendado mejorar la comunicación dentro de los Cuerpos Directivos y entre los Estados Miembros; fomentar la participación de ONG y otras asociaciones profesionales en el trabajo de la Oficina; poner en práctica un proceso transparente más formal para seleccionar los candidatos a puestos superiores; informar a los Estados Miembros acerca de las prácticas operativas, de gestión y financieras de la Oficina; mejorar la eficiencia de las Representaciones en los países y estrechar la relación entre la OPS y la OMS. En paralelo, ha destacado la labor de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas en el examen de la gestión orientada a la consecución de resultados y las recomendaciones de los auditores, tanto internos como externos.

## **La Hoja de Ruta para la Transformación Institucional**

60. La transformación de la OPS se originó en varias iniciativas internas lanzadas en 2003 con el fin de renovar la Oficina y adaptarla a las exigencias del PE 2003-2007. En sus comienzos, el proceso llevó a una nueva estructura, a nuevas formas de delegar la autoridad y al establecimiento del Grupo de Gestión Ejecutiva. Pero dicho proceso se llevaba a cabo a la vez que la Oficina se esforzaba por lograr los objetivos del PE 2003-2007 con una cantidad limitada de recursos. En marzo de 2005, la Directora lanzó la

llamada Hoja de Ruta para la Transformación Institucional con 11 iniciativas vinculadas con los cinco objetivos estratégicos clave de la estrategia de gestión. Se formaron 11 grupos de trabajo, cada uno encargado de revisar y analizar una de las 11 iniciativas y de formular recomendaciones para agilizar su ejecución.

61. Todos los grupos de la Hoja de Ruta han emitido recomendaciones que han servido para formular los resultados previstos y fijar los indicadores adecuados para el Plan Estratégico y el plan de trabajo por áreas para 2008-2012. Asimismo, desde el lanzamiento de la Hoja de Ruta se han tomado nuevas decisiones políticas con la orientación de los Cuerpos Directivos de la OMS y de la OPS, sobre todo en conexión con las deliberaciones y conclusiones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, las resoluciones del 45.º Consejo Directivo acerca de la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas (PPRP) y las posteriores recomendaciones del Auditor Externo.

62. La Hoja de Ruta ha creado conciencia dentro de la institución acerca del valor del trabajo en equipo y ha sentado un ejemplo de colaboración entre grupos y a distancia mediante el uso de nuevas tecnologías de comunicación.

**Los objetivos estratégicos del cambio institucional y las 11 iniciativas  
de la Hoja de Ruta para la Transformación Institucional**

- *Responder mejor a las necesidades de los países*  
La cooperación centrada en los países  
La revisión de la organización de las unidades y áreas programáticas
- *Crear una organización de aprendizaje basada en el conocimiento*  
El aprendizaje y desarrollo del liderazgo  
La gestión del conocimiento
- *Adoptar nuevas modalidades de cooperación técnica*  
Los planes regionales de salud pública
- *Hacer de la OPS un foro regional para la salud*  
El Foro Regional de Salud en las Américas
- *Mejorar los procesos de gestión*  
Las normas de rendición de cuentas y transparencia  
La comunicación interna  
La comunicación externa  
La estrategia de recursos humanos  
La movilización de recursos

### ***Crear una organización de aprendizaje basada en el conocimiento***

63. A lo largo del quinquenio la OPS ha puesto en práctica una estrategia de gestión del conocimiento y tecnología de la información orientada a convertir a la institución en una fuente autorizada de información sobre la salud pública y una organización de aprendizaje basada en la colaboración y en la formación de redes y asociaciones. El Área de Publicaciones ha generado muchos libros y otros materiales técnicos de carácter práctico para salubristas, investigadores y otros trabajadores del ámbito de la salud, así como para expertos de disciplinas afines y el público interesado en los problemas sanitarios del continente americano.

64. El Área de Información y Gestión del Conocimiento (IKM) y el Área de Servicios de Tecnología de la Información (ITS) han colaborado mutuamente a lo largo del quinquenio para formar redes de comunicación dentro y fuera de la Oficina. Como resultado se ha mejorado la conectividad entre las representaciones de la OPS y se han creado espacios virtuales para el trabajo en grupo. El uso ampliado de SharePoint como plataforma de trabajo ha permitido una colaboración más eficiente en la preparación de documentos. También se han adoptado medidas —reuniones virtuales, tele conferencias y archivos electrónicos— para reducir los costos de la distribución y preparación de documentos. En general, el apoyo a los países ha mejorado gracias al uso de estas y otras tecnologías de comunicación.

65. Se han formado diversas redes de comunicación externa, entre ellas la de Salud en las Américas (2007); las Redes Iberoamericanas; el Foro Regional de Salud Pública en las Américas y el Campus Virtual de Salud Pública, en cuya fase piloto se contó con más de 80 mentores para la educación a distancia y se capacitó a 250 trabajadores acerca de los problemas de salud pública más apremiantes. La fase piloto ha llevado a una reorientación del modelo estratégico con un enfoque de red abierta descentralizada. Actualmente participan en el Campus instituciones de seis países con la asistencia técnica de INFOMED. En el periodo 2006-2007 se realizó la segunda fase, y el apoyo sirvió de punto de contacto entre el Campus Virtual de Salud Pública y el sistema de bibliotecas virtuales de salud impulsado por la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) por un lado y la política de la OPS de gestión de la información y los conocimientos por el otro.

66. Se ha adoptado un nuevo instrumento de colaboración virtual para la Organización (E-Illuminate) y se ha adiestrado al personal, con apoyo de la OMS, en torno a la iniciativa de InterRed Salud de acceso a las investigaciones (HINARI, por *Health InterNetwork Access to Research Initiative*) y a Global Information Full Text (GIFT), que ponen al alcance del personal de la OMS en el mundo entero y de las instituciones públicas de los países en desarrollo una amplia colección de revistas y bases de datos biomédicas.

67. Se han mejorado el intercambio de conocimientos entre expertos en diversos campos y las habilidades y destrezas del personal mediante un programa de

adiestramiento conocido por Digital Literacy; mediante Help Desk, sistema de ayuda tecnológica para los funcionarios; y mediante cursos y talleres en torno a la gestión del conocimiento, tanto en la Sede como en los países.

68. En 2006 se creó un sitio Web nuevo para la Oficina y también se han creado sitios web para las representaciones en los países y para las unidades y los proyectos en la Sede a fin de uniformar la imagen de la Organización.

69. En el sitio de la OPS se ha creado un espacio (*blog*) donde la Directora vierte sus opiniones y sostiene un diálogo dinámico con los profesionales de salud de los países. El *blog* forma parte de una estrategia de comunicación cuyo objetivo central es consolidar a la OPS como una fuente especial y fidedigna de información sobre la salud pública y mantener bien informados a los habitantes de las Américas acerca de las actividades de la Organización. Las visitas al *blog* desde que se creó han sido más de 54.000. Se han publicado periódicamente artículos de opinión de la Dirección en los principales medios de comunicación de los Estados Miembros, con lo cual se ha conseguido una presencia institucional generalizada en todas las subregiones. Ha habido entrevistas y reportajes especiales en los principales medios de difusión impresos, electrónicos y especializados de América e incluso otras regiones.

70. Distintas estrellas internacionales del mundo del espectáculo han participado muy activamente en campañas y otras actividades auspiciadas por la OPS para la promoción de la salud pública en la Región: Don Francisco en la campaña contra la obesidad; Mónica, personaje de las tiras cómicas brasileñas, y los artistas agrupados en la Fundación ALAS en las actividades en torno a la Semana de Vacunación en las Américas, la lucha contra la violencia contra la mujer, las actividades en pro de la seguridad vial y otras causas.

71. La OPS ha creado materiales de información pública y los ha distribuido a un público muy amplio. Varios de sus funcionarios han dado entrevistas sobre distintos aspectos de la salud pública en las Américas, y diversas agencias, noticieros y programas de televisión han dedicado espacio a programas e iniciativas de la OPS. Mediante el uso de materiales gráficos sobre diversos temas de salud básicos, la OPS ha logrado alcanzar a un público más extenso. También ha usado carteles, calendarios, publicaciones y otras fuentes de información para dar a conocer sus actividades. Los NBA Washington Wizards, equipo de basquetbol con el cual la OPS ha formado una alianza, han diseminado varios mensajes de salud.

72. La revista semestral de la OPS, *Perspectivas de salud*, ha revelado a un público mundial cada vez más numeroso el rostro humano de la salud pública, y el noticiero impreso de la Organización, *PAHO Today*, también ha servido para difundir las actividades y programas de la OPS.

### **El desarrollo de infraestructuras y capacidad en materia de información y comunicación científica y técnica**

En los últimos cinco años, la OPS, por conducto de BIREME, ha consolidado iniciativas, programas y redes de información que garantizan el acceso equitativo a la información y al conocimiento científico. Destacan entre ellas la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y la *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), mediante las cuales la OPS ha contribuido a la disseminación de información científica y técnica y al aprovechamiento de los conocimientos, tecnologías e innovaciones generados por la investigación científica y la experiencia de campo. La Región como un todo y la gran mayoría de los países han avanzado sostenidamente en lo que respecta a la recolección, organización, publicación, indización, conservación, uso y evaluación de la información científica y técnica.

En los últimos tres años, la expansión de la BVS en la Región ha llevado a la participación de la OPS en iniciativas promovidas por la OMS, incluidas la *Global Health Library*, que exporta la plataforma de la BVS a otras regiones de la OMS; la red ePORTUGUÊS, que lleva la BVS a los países de lengua portuguesa, y la iniciativa TropiKA (*Tropical diseases research to foster innovation and knowledge applications*) de investigación de las enfermedades infecciosas que afectan a las poblaciones pobres. Por medio de las redes BVS y SciELO, BIREME coopera con la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (NLM) y ha estrechado sus vínculos con España y Portugal.

La inserción internacional de la BVS y SciELO se ha llevado a cabo mediante los sistemas, redes y servicios de información científica que operan en la web, incluidos PubMed de la NLM, Web of Sciences de ISI/Thomson, Scopus de la Casa Editorial Elsevier, Google Scholar de la Google, *Directory of Open Access Journals* de la Universidad Lund de Suecia, etc. SciELO en particular representa una de las principales iniciativas internacionales en pro del acceso abierto al conocimiento científico. La BVS y SciELO se relacionan también con otras redes regionales, como el Campus Virtual de Salud Pública (CVSP), la red Cochrane Iberoamericana y la red ScienTI, dirigida por los consejos nacionales de ciencia y tecnología con directorios de investigadores, grupos de investigación, instituciones y proyectos de investigación.

La BVS ofrece servicios de acceso abierto, universal y actualizado, con interfases en español, inglés y portugués, a las principales fuentes de referencia de la literatura científica y técnica de salud en los ámbitos nacional, regional e internacional.

En 2007, los portales de la BVS eran más de 100, con cobertura regional, nacional y por temas en todos los países latinoamericanos y muchos países caribeños. La BVS ha propiciado también la creación de comunidades virtuales, comunidades de práctica y ambientes de aprendizaje e información en instituciones y contextos relacionados con la salud, contribuyendo de ese modo a la inclusión social y al acceso a la información.

### ***Adoptar nuevas modalidades de cooperación técnica***

73. Los planes regionales de salud pública han sido el elemento clave para lograr este objetivo. Dichos planes, definidos colectivamente por los países, representan un

compromiso regional para atender a los problemas de salud pública más apremiantes de una manera integral y con una clara definición de metas, objetivos y estrategias. Constituyen un llamado a la acción conjunta y un instrumento estratégico y de convergencia mediante el cual se articulan las actividades de una red de entidades nacionales —del sector público y privado, instituciones y centros, ONG, organismos financieros y la sociedad civil— para cumplir una serie de metas y objetivos comunes de manera eficiente y con el apoyo de organizaciones internacionales como la OPS. Los planes regionales de salud pública son instrumentos de gobernabilidad y negociación que fomentan la estabilidad democrática y permiten contribuir al desarrollo social de los países.

74. Entre las formas de cooperación innovadoras que se han contemplado en el contexto de los planes regionales de salud pública figuran la cooperación horizontal entre países y, en cada país, entre instituciones académicas, científicas e institutos de investigación; la creación de fondos rotatorios y fiduciarios que fomenten las economías de escala; la producción de insumos, materiales, productos, medicamentos y alimentos baratos y de buena calidad; la cooperación con un enfoque subregional; y el trabajo interprogramático en la Secretaría mediante la formación de grupos de trabajo, misiones conjuntas a los países, atención a países prioritarios, proyectos conjuntos entre diferentes programas, creación o ampliación de redes virtuales y movilización de recursos para proyectos compartidos.

### ***Las normas de rendición de cuentas y transparencia***

75. Muchas de las recomendaciones del grupo de trabajo de la Hoja de Ruta a cargo de esta iniciativa se han canalizado mediante el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos (SGAIC), bajo el correspondiente Comité Coordinador, conformado por el Panel Mediador para Casos de Agravio, la Junta de Apelaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el mediador, el Jefe de la Oficina de Ética, el Área de Gestión de Recursos Humanos (HRM), la Oficina de Asuntos Jurídicos (LEG) y la Asociación del Personal; el Punto Focal del ICMS en cada país; los Servicios de Supervisión Interna; y el Oficial de Seguridad de la Información. La finalidad ha sido mejorar los mecanismos para la rendición de cuentas individual e institucional mediante políticas y procedimientos claramente definidos, transmitidos y ejecutados en conexión con las pautas de conducta del personal, los conflictos de intereses, la transparencia en cuestiones financieras, la notificación de quejas, las relaciones con los socios y gobiernos y el uso de los nombres y logotipos de la OPS y la OMS.

76. El sistema de rendición de cuentas forma parte del sistema general interno de gobernanza institucional y supervisión de la OPS. Define el flujo de autoridad y su finalidad, así como la responsabilidad implícita en el ejercicio de esa autoridad. En la OPS, la rendición de cuentas se produce en distintos niveles: a) en las unidades por medio del AMPES y del PBP; b) en el plano individual por medio del proceso de

evaluación del desempeño del personal (SPED, que se automatiza en 2006); c) por medio de las competencias de la OPS; d) por conducto de los reglamentos y normas financieras y de personal vigentes, y e) mediante el modelo vigente de delegación de autoridad. En el quinquenio de 2003-2007 el sistema de rendición de cuentas de la OPS se hizo coincidir con el de la OMS.

77. En el quinquenio se ha creado la Unidad de Operaciones de Gestión Administrativa sobre la base de la experiencia del trabajo realizado por el asesor especial para actividades en el campo. Se formularon funciones más amplias en relación con la vigilancia y el desarrollo institucionales y se completa la dotación de la Oficina de Auditoría Interna. También se efectuaron mejoras en las áreas de Finanzas y Adquisiciones (FAMIS/ADPICS), Gestión Financiera, Personal (PAS), el Seguro de Enfermedad del Personal (SHI), el Sistema de Información del Mapa de Productos (MAPIS), el Sistema de Seguimiento de Correspondencia (CTACS), el Sistema de Seguimiento de Licencias (LTS), la Nómina de Sueldos y diversas aplicaciones de la web e Intranet.

78. En el 2007 se realiza una revisión exhaustiva y una renovación de todas las delegaciones de autoridad y de los procesos de rendición de cuentas, en consonancia con la estrategia vigente de movilización de recursos. El modelo de competencias para la Oficina se actualiza a fin de concederle un mayor valor agregado a la cooperación técnica. Se inician el examen de las competencias de los funcionarios y el alineamiento estratégico del personal en la Coordinación de Programas en el Caribe.

### ***La comunicación interna y externa***

79. Se han producido muchos adelantos en cuanto al fortalecimiento de la cooperación interna, el trabajo en redes y equipos, y el intercambio de información y conocimientos. Ello se manifiesta en los grupos de trabajo internos interprogramáticos en las áreas técnicas y en las reuniones trimestrales de los gerentes de área. La estrategia de gestión del conocimiento y la Hoja de Ruta han dado lugar a iniciativas que han facilitado la comunicación interna.

80. En 2005, el grupo de trabajo de la Hoja de Ruta llevó a cabo un estudio de mercado en los Estados Miembros y entre el personal y otras partes interesadas a fin de determinar qué esperaba de la OPS la comunidad internacional. Los resultados revelaron la necesidad de mejorar la transparencia de la comunicación, acelerar los cambios institucionales, mejorar la eficiencia y lograr un liderazgo de más cohesión. Se validaron las tendencias de transformación institucional y se puso un mayor énfasis en la formación de alianzas institucionales e intersectoriales. El estudio reveló también que la OPS ocupa un lugar destacado y único en el terreno de la salud pública en virtud de su capacidad técnica, conocimientos, presencia en los países, relación estrecha con las autoridades nacionales y dedicación del personal.

### ***La estrategia de recursos humanos***

81. De acuerdo con una actividad afín emprendida por la OMS en 2005, la Oficina inició un proceso de evaluación estratégica y alineación de recursos (SARA). La actividad se concibe para conseguir que los objetivos, funciones y recursos de las unidades de gestión (principalmente los recursos humanos, pero también los financieros y otros) estén bien definidos y converjan con las prioridades estratégicas de la Organización.

82. Hay un nuevo modelo de competencias que se está incorporando como instrumento básico para lograr mayor convergencia estratégica. A los funcionarios se les está asignando a aquellas funciones donde son más necesarias sus respectivas competencias, y se está preparando un plan de desarrollo individual que le permitirá a cada funcionario adquirir o mejorar las competencias que necesiten para desempeñar sus funciones. Están en preparación descripciones genéricas para todos los puestos. La inclusión en el Plan Estratégico 2003-2007 de metas de contratación para cada sexo y área geográfica representa un gran paso hacia la incorporación de la equidad de género como política de la OSP.

83. También se han dado pasos para mejorar el sistema de evaluación del personal y para el otorgamiento de premios e incentivos. Se creó una Junta de Aprendizaje bajo la Directora Adjunta para definir las prioridades en relación con el desarrollo del personal. Se creó también un plan de aprendizaje para determinar las necesidades de cada oficina y definir planes anuales para mejorar las aptitudes y competencias de los funcionarios. Varios gerentes en los niveles nacional y regional participaron en el Programa de Liderazgo Mundial. También se formuló una política sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo.

84. La OPS recibió casi US\$ 2 millones en fondos del Programa Mundial de Aprendizaje de la OMS, que se usaron para fortalecer la gestión de proyectos, liderazgo, gestión de los conocimientos, comunicaciones y aptitudes de tecnología, entre otros. El éxito de la ejecución de estos fondos de aprendizaje en la OPS fue reconocido por la OMS y usado como un modelo para otras regiones. Los miembros del personal de la OPS apoyaron directamente la creación de un marco similar de aprendizaje en las regiones de Europa (EURO) y África (AFRO) de OMS.

85. En los países prioritarios las oficinas de la OPS se fortalecieron mediante la creación de oficiales de programas responsables de apoyar el desarrollo sanitario nacional, a través de negociaciones con otros sectores, movilización de recursos y coordinación de alianzas con donantes.

86. Para fortalecer un ambiente de trabajo basado en el respeto del tratamiento de los colegas y los socios y de acuerdo a los principios de Organización, la OPS ha

implementado tres políticas importantes: a) Prevención y resolución de acoso en el lugar de trabajo (2004), b) Código de Principios Éticos y Conducta (2005) y c) infección por el VIH/SIDA en el lugar de trabajo (2006). También, la OPS creó una Oficina de Ética, que investiga cualquier supuesta violación de estas políticas. Esta oficina, y estas políticas, ante las cuales todos los miembros del personal de la OPS son considerados responsables, constituyen la base de una Organización que defiende principios de conducta ética y adopta medidas cuando tales principios se infringen.

87. La Organización firmó un contrato para elaborar una base de datos automatizada (Localizador de Pericia) que empezó a funcionar en 2007. La base de datos mejora la localización de expertos y la transparencia del proceso de contratación y fomenta la igualdad de oportunidades entre los candidatos en todos los países.

### **La cooperación internacional y los nuevos socios en un mundo globalizado**

88. Hasta el 2001, 11% de la asistencia internacional para el desarrollo (AOD) se destinaba a la Región de las Américas, pero esa fracción ha venido disminuyendo paulatinamente hasta llegar a constituir 9% en el 2005. Todo indica que la cifra no volverá a aumentar en los próximos años. Esta situación debe considerarse un resultado del aumento de la movilización de recursos para el África, para los países afectados por el maremoto en el sudeste asiático y para resolver los conflictos armados en el Mediano Oriente.

89. La contribución monetaria total para la AOD en el mundo aumentó de aproximadamente \$69 mil millones en 2003 a \$103,9 mil millones en 2006 y la cooperación para la salud se ha incrementado a un ritmo de 5,4% anual en los últimos 15 años; sin embargo, estos aumentos no se han reflejado en la Región de las Américas.

90. En el quinquenio de 2003-2007 la Oficina se dedicó a movilizar recursos y a formar alianzas y asociaciones estratégicas. Mantuvo un diálogo constante con los socios de la comunidad internacional, entre ellos los organismos bilaterales, que sirvió para seleccionar temas de interés común como resultado del cruce entre las prioridades de política de cooperación de estos organismos con las prioridades de salud pública de los países de la Región y de la Oficina.

91. La OPS optimizó su doble papel de organismo especializado en salud, tanto del sistema de las Naciones Unidas como del sistema interamericano, por medio de su contacto privilegiado con la Organización de los Estados Americanos. Al evaluar las oportunidades de nuevas alianzas y fortalecimiento de la movilización de recursos, tuvo en cuenta los siguientes aspectos fundamentales:

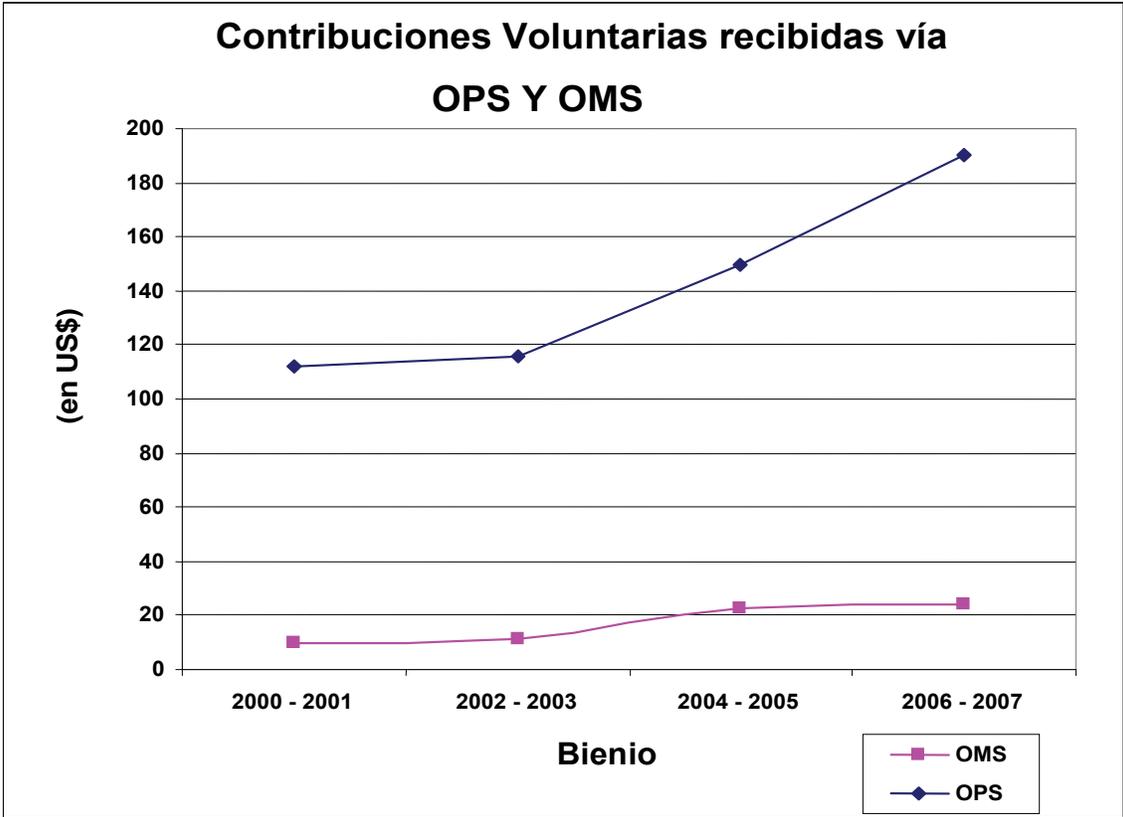
- el desarrollo de programas destinados al cumplimiento de los ODM;
- la multiplicación de socios potenciales en el campo de la salud, en los niveles mundial y regional, incluida la aparición de nuevas alianzas con el sector privado;

- la decisión, por parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), de dar mayor importancia a los procesos de armonización y convergencia con el fortalecimiento del papel rector y conductor de parte de los gobiernos en los países en desarrollo;
- la posibilidad de que surjan situaciones de emergencia epidemiológica o por desastres naturales y bioterrorismo;
- la necesidad de mejorar la capacidad institucional de los ministerios de salud para responder a los nuevos retos planteados por el cumplimiento del nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

### ***Los foros mundiales y la armonización de la asistencia para el desarrollo***

92. Durante el quinquenio 2003-2007 se celebraron foros mundiales de alto nivel sobre la armonización para mejorar la eficacia de la ayuda internacional: uno en Roma en 2003 y el otro en París en 2005. En el de 2003, los principales bancos multilaterales de desarrollo, las organizaciones internacionales y bilaterales, y los representantes de los países emitieron la Declaración de Roma sobre la Armonización y se comprometieron a adoptar medidas para conseguir, entre otras cosas, que la asistencia para el desarrollo se prestara en conformidad con las prioridades del país socio y que las actividades de armonización se adaptaran a la situación del país. Dos años después, la Declaración de París sobre la eficacia de la asistencia tradujo el consenso general alcanzado en Roma de aumentar los esfuerzos en materia de armonización, alineación y gestión y estableció mecanismos para la vigilancia del avance. Estas nuevas iniciativas y enfoques de cooperación internacional suponían nuevas oportunidades para el sector de la salud en el establecimiento de prioridades y la movilización de recursos.

93. La OPS ha incorporado las disposiciones de las declaraciones de Roma y París. El enfoque de una cooperación destinada a programas, iniciada en el bienio de 2002-2003, fructificó rápido y se amplió notablemente en el bienio de 2006-2007. Ello ha permitido que la programación de la Oficina para un determinado bienio, tanto técnica como presupuestaria, sea la base de negociación para la movilización de recursos y el establecimiento de acuerdos. El enfoque en los programas se ha sistematizado de tal manera que abarca los aspectos de planificación, programación, seguimiento y evaluación. Se han realizado, además, varias reuniones de diálogo político y negociación con los socios tradicionales con el propósito de dar impulso al enfoque programático. Entre ellas cabe mencionar las reuniones con Noruega, la Agencia de Desarrollo Internacional de Canadá (CIDA), la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (Sida), la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos USAID y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).



**La evaluación del desempeño de la OPS  
por Douglas Lindores (Canadá) y Leif Lunde (Suecia)**

Para generar la confianza entre socios se han llevado a cabo análisis de la capacidad de la Oficina para adoptar una nueva orientación en la colaboración y el establecimiento de asociaciones. Los informes correspondientes, preparados en 2004 por asesores experimentados de Canadá y Suecia, mostraron resultados muy satisfactorios. Ello le permitió a la Oficina continuar con las negociaciones programáticas con esos dos países.

El informe del señor Douglas Lindores, para la Agencia Canadiense para el Desarrollo (CIDA), concluyó de que la OPS como institución es un bien común que le pertenece a la Región de las Américas. Por ende, fortalecerla es tarea que contribuye a llevar a cabo programas y proyectos individuales para mejorar la salud en general. También se encontró que la OPS es respetada en la Región y que su personal y sus distintos sistemas son de la misma calidad, o mejores, que los de otros organismos multilaterales.

El informe del señor Leif Lunde para la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo (Sida) encontró que la OPS, a pesar de depender de la OMS, se destaca por su independencia y confianza en sí misma. Tiene más presencia a nivel país que muchos organismos mundiales especializados de las Naciones Unidas, y con su trayectoria de más de un siglo de existencia, la Organización es, además, uno de los organismos multilaterales más antiguos que existen. La OPS tiene una visión y un mandato muy claro y vínculos muy sólidos con entidades gubernamentales y los ministerios de salud en los países. Su enfoque estratégico coincide, en este sentido, con el de otras dependencias de las Naciones Unidas, y gracias a ello la OPS ha sabido establecer alianzas para impulsar su visión, sus metas y sus estrategias con acierto y dedicación.

Durante el quinquenio se realizaron varias consultas con los socios bilaterales a fin de reexaminar la colaboración establecida con ellos, evaluar los adelantos obtenidos gracias a esa colaboración y hacer los cambios o ajustes que fuesen necesarios. Al principio las consultas fueron individuales, pero a partir de comienzos del 2005 se optó por hacerlas conjuntamente con algunos de los países nórdicos, tales como Suecia y Noruega, y a partir del 2008 se espera establecer reuniones de consulta con la participación de varios socios.

Un ejemplo interesante de estas consultas conjuntas es la Alianza para los Preparativos de Salud (PHP). Este consorcio de donantes (CIDA, Canadá; DFID, U.K.; ECHO Unión Europea y OFDA, AID) contribuyen a las actividades de preparativos y mitigación para casos de desastre de la OPS. La PHP sirve de mecanismo para enlace, diálogo y notificación colectiva a estos donantes centrales, que apoyan la reducción de riesgos de desastres en el sector de la salud en América Latina y el Caribe.

### ***Las redes y las alianzas***

94. En 2005, la Cumbre Iberoamericana de Salamanca aprobó la creación de cuatro redes iberoamericanas de cooperación en el campo de la salud: la Red Iberoamericana de Transplantes, coordinada por España; la Red Iberoamericana de Enseñanza e Investigación en Salud Pública, coordinada por Costa Rica; la Red Iberoamericana del Control del Tabaquismo, coordinada por Brasil, y la Red Iberoamericana de Políticas de Medicamentos, coordinada por Argentina.

95. Desde 1999, la OPS ha sido miembro de la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP). Este grupo de cinco organizaciones internacionales, EngenderHealth, la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), JHPIEGO, la OPS y PATH, con el financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates, han venido trabajando con una meta compartida, prevenir el cáncer cervicouterino en países en desarrollo.

96. Para maximizar la colaboración entre los socios y para ejecutar las actividades conjuntas, la ACCP formó un comité directivo y creó cuatro grupos de trabajo. El trabajo de la Alianza ha permitido analizar la factibilidad y eficacia de diversos métodos de tamizaje y tratamiento para la prevención del cáncer cervicouterino.

97. El Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, constituido por la OPS, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el UNICEF, el UNFPA, la USAID, el Consejo de Población y Family Care International, apoya y promueve iniciativas internacionales, entre ellas los ODM y la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo. En febrero de 2004 el Grupo de Trabajo firmó una declaración conjunta comprometiéndose a colaborar para promover la acción contra la mortalidad y morbilidad maternas y tratar de establecer asociaciones para movilizar los recursos financieros necesarios a escala regional, subregional y nacional.

98. Para apoyar en la Región las acciones en pro de la salud neonatal en el contexto del continuo de la atención materno-neonatal-infantil, se estableció una alianza interagencial de la que forman parte la OPS, el UNICEF, la USAID, CORE, BASICS, Plan International, la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), Save the Children [Salvemos a los Niños], la iniciativa Saving Newborn Lives y otras entidades. La alianza ha publicado un consenso estratégico neonatal y apoyará el Plan Operativo Neonatal Regional que se presentará a los Cuerpos Directivos de la OPS en 2008.

99. En octubre de 2004, la OMS lanzó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en la Sede de la OPS. La Alianza y diversos expertos y foros internacionales han señalado la necesidad de incorporar la voz de los pacientes en las iniciativas de mejora de la calidad y seguridad de la atención. A ese efecto, la OPS ha coordinado dos talleres regionales (San Francisco, mayo de 2006; Chicago, junio de 2007) con la participación de pacientes y de algunos centros colaboradores y actualmente proporciona orientación a la Alianza en la estructuración de una red panamericana de líderes de pacientes que llevará a cabo proyectos de sensibilización en los países de las Américas.

100. Aparte de la seguridad del paciente, otros factores entran en juego cuando se habla de un hospital seguro. Uno de ellos es la capacidad de respuesta en situaciones de desastre, es decir, la capacidad para resistir el impacto del desastre y continuar funcionando cuando más se necesita. Los Estados Miembros de la OPS han logrado avances importantes en este campo. La alianza con la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas (EIRD) facilitará la difusión de

conocimientos sobre estas cuestiones críticas. Los planes para La Campaña para la Reducción de Desastres 2008-2009 empezaron con el tema de los hospitales seguros. Esta asociación, en la cual la OPS proporciona asesoramiento técnico, ayudará a generar el apoyo de los socios nacionales a las Plataformas Nacionales para la Reducción de Desastres de la EIRD.

101. La OPS también forma parte de la Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia, establecida en junio de 2000. Sus otros miembros son el BID, la UNESCO, la OEA, los CDC, el Banco Mundial y la USAID. En marzo del 2007 se celebró en la OPS una reunión de alto nivel de los miembros de la Coalición, quienes ratificaron su compromiso de luchar contra la violencia.

102. En el contexto de la Estrategia Regional de Nutrición en la Salud y el Desarrollo, aprobada por el Consejo Directivo en su 27.<sup>a</sup> reunión de septiembre de 2006, la Organización ha participado en esfuerzos interagenciales para la formulación y puesta en marcha de actividades para promover la buena nutrición.

103. Durante el quinquenio la OPS ha recibido financiamiento de parte de sus principales donantes internacionales, tales como la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA), la USAID, la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional (Sida) y la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (NORAD). También ha promovido alianzas para movilizar recursos monetarios y no monetarios de fundaciones filantrópicas y otras entidades de la sociedad civil, entre las cuales destacan la Fundación de Bill y Melinda Gates, la Fundación Bristol-Myers-Squibb, la Fundación Ford, la Fundación WK Kellogg, la Fundación de las Naciones Unidas, la Cruz Roja Internacional y el Movimiento de la Media Luna Roja, el Club Rotario Internacional y la Catholic Medical Mission Board (CMMB).

104. Desde 1968 la OPS ha contado con el apoyo invaluable de la Fundación Panamericana de Salud y Educación (PAHEF), entidad filantrópica estadounidense. En el periodo de 2003-2007 esta entidad canalizó \$7.877.715 para diversos proyectos de salud en los Estados Miembros de la OPS. Mediante su Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX), suministró 784.107 materiales didácticos y 197.710 instrumentos médicos básicos a bajo precio a centenares de estudiantes y trabajadores de salud de escasos recursos en 19 países de la Región.

## **CAPÍTULO 2: LA AGENDA INCONCLUSA, LA ÉTICA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO**

105. Los notables adelantos en las condiciones de salud y en el acceso a los servicios asistenciales en América Latina y el Caribe no han sido uniformes. Continúa existiendo una deuda acumulada que se refleja especialmente en aquellos problemas de salud y condiciones de vida que afectan desproporcionadamente a los sectores sociales más desfavorecidos. Las enfermedades, la muerte y la discapacidad se concentran donde hay pobreza y a la vez merman la capacidad productiva y de desarrollo de una sociedad. Atender a esta carga de injusticia social es tarea impostergable para la sociedad del siglo XXI.

106. Se trata de una tarea muy compleja. No sólo se requiere revertir la situación de pobreza en que vive una gran parte de la población, sino también erradicar los factores sociales, étnicos, culturales y raciales que perpetúan la desigualdad y la exclusión social y que predisponen a ciertos grupos a enfermar con más frecuencia que otros, o les reducen las posibilidades de disfrutar de las mismas oportunidades que el resto de la sociedad. Por su situación vulnerable, hay que enfocar la atención en las personas discapacitadas, los ancianos, los niños, las mujeres y las poblaciones amerindias o afrodescendientes. Es preciso luchar contra la desigualdad de género, el estigma y la discriminación en las comunidades y en los servicios de salud y abordar las causas de aquellas enfermedades que han sido descuidadas porque afectan en su mayor parte a los habitantes pobres de zonas rurales o marginales.

107. En la esfera sanitaria, la atención primaria de salud (APS) es el camino más certero para lograr las metas vinculadas con la agenda inconclusa y con los ODM. Hoy se reconoce plenamente que la solidaridad social y la participación comunitaria, piedras angulares de la APS, son indispensables para conseguir cambios profundos y prácticas sustentables que mejoren la salud, que reduzcan los factores de riesgo de las enfermedades y aquellas inequidades que limitan el acceso a la atención de salud y el desarrollo social. Por este motivo, los Estados Miembros de la OPS han hecho un llamado colectivo a renovar la estrategia de la APS y reorganizar de manera acorde sus sistemas de salud. Para facilitar este propósito con una mayor integración y coherencia interna, se estableció en el 2007 el Grupo de Trabajo Interprogramático para la Atención Primaria de Salud.

### **La atención a los grupos vulnerables**

#### ***El proyecto de salud y los derechos humanos***

108. En su calidad de oficina regional de la OMS y organismo especializado en materia de salud de la OEA, la OPS tiene entre sus funciones la de proteger en sus Estados Miembros el derecho de todo habitante a disfrutar del mejor estado de salud posible.

109. Con el objetivo de diseminar las normas y estándares internacionales que protegen el derecho a la salud y otros derechos básicos en los grupos de población vulnerables, la OPS ha organizado talleres de capacitación con la colaboración de otros organismos, entre ellos la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Además, la OPS ha llevado a cabo con muy buenos resultados talleres de capacitación para su propio personal técnico y gerencial, así como para el personal de salud pública en nueve países.

**Paraguay adopta medidas cautelares para proteger a las personas reclusas  
en un hospital neuropsiquiátrico**

En 2004, se firmó en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la OEA un acuerdo histórico entre el Gobierno de Paraguay y dos ONG que obedeció a un llamado de estas últimas a tomar con urgencia medidas cautelares para proteger a las 450 personas internadas en el Hospital Neuropsiquiátrico de Paraguay. Desde el inicio de este proceso, la OPS proporcionó asesoramiento técnico en materia de salud, discapacidad, rehabilitación y derechos humanos al gobierno nacional y a la Comisión. Por primera vez un Estado Miembro de la OPS se comprometía formalmente a reformar sus servicios de salud pública a la luz de las disposiciones de los tratados regionales de derechos humanos y según las recomendaciones de los organismos regionales defensores de esos derechos. El acuerdo fue el resultado directo de la colaboración técnica de la OPS con sus Estados Miembros en la diseminación de información sobre los derechos humanos; la capacitación técnica del personal de salud pública en torno a los estándares aplicables en materia de derechos humanos, discapacidad y salud; y la revisión de leyes y políticas de salud a la luz de la normativa internacional de derechos humanos.

***La colaboración de la OPS con organismos regionales e internacionales de derechos humanos***

110. La OPS colabora ampliamente con organismos regionales de derechos humanos, tales como el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, el Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y el Relator del Derecho a la Salud. La colaboración entre la OPS y la CIDH entraña visitas a instituciones de salud pública; la interpretación técnica de la Convención Americana y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre a la luz de los estándares internacionales de protección que se aplican en campos tales como la salud mental, la infección por VIH y las enfermedades desatendidas; y la toma de medidas cautelares. La colaboración técnica entre estas dos agencias, orientada a proteger la vida, la integridad personal y otros derechos de las personas reclusas en centros de salud o portadoras de ciertas enfermedades, ha redundado en reformas importantes.

## *La salud de los pueblos indígenas de las Américas*

111. En el quinquenio de 2003-2007 la OPS ha impulsado la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas con la participación permanente de las propias comunidades amerindias, fomentando el reconocimiento y respeto por su sabiduría ancestral. Dos hitos importantes son: la evaluación de los logros de salud al cabo del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo en el 2004, y la resolución CD47.R18, aprobada por el 47.º Consejo Directivo en septiembre del 2006. Esta última estableció para el período de 2007 a 2011 la incorporación de la perspectiva indígena en el cumplimiento de los ODM y en las políticas de salud nacionales, un mejor conocimiento de la salud de los pueblos indígenas, la incorporación de un enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud de la Región como parte de la estrategia de APS, y el desarrollo de alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos.

112. Con el patrocinio del Fondo Indígena se han creado dos programas de postgrado en que se combinan el conocimiento académico tradicional y el autóctono: el Diplomado Internacional de Salud Intercultural de la Universidad de la Frontera (UFRO) en Chile y la Maestría en Gestión Intercultural de la Salud de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN). Este trabajo se ha beneficiado, además, del establecimiento de alianzas estratégicas con agencias como UNICEF, CEPAL y el Organismo Regional Andino de Salud, así como de la participación en redes del ámbito regional y mundial, como la Red de Salud Intercultural y el Foro Permanente de Asuntos Indígenas de las Naciones Unidas.

113. Con el Proyecto Regional de Mejoramiento de las Condiciones Ambientales (Agua y Saneamiento) en las Comunidades Indígenas se obtuvieron algunos resultados interesantes, tales como dos proyectos de cooperación técnica entre países. El primero, conocido por “Agua y saneamiento en poblaciones indígenas”, permitió el intercambio de experiencias entre Panamá, El Salvador y Guatemala. El segundo proyecto, denominado “Atención primaria ambiental en poblaciones indígenas de Costa Rica, Guatemala y Panamá”, incorporó la educación del público en torno al manejo de desechos sólidos y líquidos, la higiene personal, los sistemas de drenaje de aguas servidas y la contaminación del aire en el domicilio.

114. También en Panamá se conformó el Grupo Nacional de Trabajo (GNT) con la participación de las comunidades autóctonas y de diversas entidades gubernamentales e internacionales, incluidos el UNICEF y la OPS, y se ejecutó un proyecto nacional, de enfoque intercultural, conocido por “Vigilancia de la calidad del agua en comunidades indígenas”. El proyecto, que fue impulsado por el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria (CEPIS) con el financiamiento de la Cooperación Alemana para el Desarrollo (GTZ), se centró en la comunidad de Unión Chocó, en la comarca de Emberá, y suscitó el interés de las organizaciones representadas en el GNT y especialmente del Ministerio de Salud, por establecer un sistema nacional para la vigilancia de la calidad del agua de consumo. Las comunidades indígenas de Ipetí-Emberá y Haytupo-Kuna también se

beneficiaron de la capacitación impartida en el contexto de la APS para mejorar sus condiciones ambientales.

#### **Taller sobre la salud del pueblo indígena miskito y los derechos humanos**

Entre 1999 y 2004, 596 buzos del pueblo indígena miskito en la Costa Atlántica de Nicaragua y Honduras sufrieron el síndrome de descompresión durante el desempeño de la pesca submarina de langostas, que constituye su principal actividad laboral. En ese mismo periodo 13 buzos murieron debido al mal estado de las cámaras hiperbáricas, a la falta de servicios de rehabilitación adecuados y a condiciones de trabajo incompatibles con los estándares internacionales.

En 2004 la OPS llevó a cabo en Puerto Lempira, Honduras, un taller nacional sobre los derechos humanos, la discapacidad y la salud de los pueblos indígenas en el que participaron autoridades gubernamentales, líderes del pueblo miskito, la Defensoría de Derechos Humanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y distintas organizaciones de la sociedad civil. Como resultado del asesoramiento de la OPS acerca de las normas regionales e internacionales de derechos humanos que protegen a los pueblos indígenas, el Ministerio de Salud de Honduras reparó las cámaras hiperbáricas y mejoró los servicios médicos y de rehabilitación. Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos colabora con la OPS para continuar revisando la situación de los miskitos de conformidad con los tratados regionales de derechos humanos y con los estándares regionales e internacionales en cuestiones de discapacidad, rehabilitación y salud.

115. En Colombia y Ecuador la OPS trabaja con las comunidades del Departamento del Cauca y del cantón Cotacachi, respectivamente, aplicando un enfoque intercultural que permite aprovechar, además de los recursos ofrecidos por los servicios de salud, los recursos médicos tradicionales de la comunidad y el personal de salud indígena. Las actividades se centran en la promoción de entornos saludables, la lucha contra la tuberculosis y la protección de la salud sexual y reproductiva.

116. Debido a su hábitat, alimentación y situación de desplazamiento, los indígenas en Colombia tienen tasas de incidencia de tuberculosis que superan el promedio nacional (25 casos por 100.000 habitantes). En 2002, Colombia se incorporó a un proyecto financiado por la OPS y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) para la adopción de la estrategia del tratamiento abreviado por observación directa DOTS (*directly observed treatment, short-term*) en poblaciones indígenas.

#### ***Los grupos desplazados***

117. Los conflictos políticos y los desastres naturales han llevado al desplazamiento de millones de personas en países de América Latina y el Caribe. En Colombia hay alrededor de 2 millones de desplazados, en su mayoría mujeres y niños, debido a la situación generada con grupos armados ilegales. Estas personas viven en condiciones de

vulnerabilidad económica y social. La OPS se ha concentrado en fortalecer la coordinación entre diferentes actores del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional dedicados a proteger a los desplazados y refugiados y en abogar por una mejor salud para estos grupos. Como resultado de este trabajo conjunto de la OPS con el Gobierno de Colombia y el apoyo de otras agencias y socios financieros, se ha observado desde 2003 un incremento de la capacidad para destinar recursos públicos a la asistencia humanitaria por parte de las autoridades territoriales de los municipios y territorios afectados.

### ***Las personas con discapacidades***

118. Las personas con discapacidades tienen difícil acceso físico y económico a tratamientos, medicamentos esenciales y bienes y servicios de salud y rehabilitación, así como al goce de sus derechos humanos y libertades fundamentales. En la Región de las Américas, de 7 a 10% de la población, o sea alrededor de 60 a 80 millones de personas, tienen algún tipo de discapacidad. Las cifras nacionales de prevalencia de discapacidad en la región son muy variadas; esto obedece a la diversidad de metodologías empleadas y a la ausencia de armonización y homologación de criterios técnicos en la conceptualización de discapacidad.

119. Conscientes de las limitaciones que tienen los censos de población para caracterizar la situación de la discapacidad en la población en general, algunos países han realizado encuestas de prevalencia específicas, como es el caso de Argentina y Uruguay, donde las cifras encontradas están por el orden del 7,1 y 7,6 %, respectivamente. En Cuba se realizó un estudio psicosocial de las personas con discapacidades y de los rasgos sociales y clínico-genéticos de las personas con retraso mental. El estudio, que se llamó Por la Vida y que se terminó en 2003, abarcó los 169 municipios del país. Más recientemente, con la aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en mayo del 2001, se han comenzado a realizar estudios de prevalencia teniendo esta clasificación como base técnica. Entre el 2003 y 2005 se han realizado estudios nacionales basados en CIF en Chile, Ecuador, Nicaragua, Panamá y más recientemente en el módulo de discapacidad del Censo de población de Colombia.

120. La OPS presta cooperación técnica en este campo a los países de la Región mediante su Programa Regional de Prevención de Discapacidades y Rehabilitación y otras intervenciones interprogramáticas. Además, colabora con los Estados Miembros para generar políticas, planes, intervenciones y proyectos destinados a prevenir la discapacidad y lograr que las personas discapacitadas se rehabiliten y gocen de las mismas oportunidades que el resto de la población. En la mayoría de los países hay servicios de rehabilitación en los centros asistenciales de alta complejidad, y se ha venido impulsando desde hace más de dos décadas la estrategia de servicios de rehabilitación de base comunitaria (RBC) para la atención integral de las personas con discapacidad, aunque no todos los países la han incorporado aún en sus planes nacionales de salud.

121. Chile ha sido el primer país en la Región en elaborar una versión abreviada de la CIF. Realizó su primer Estudio Nacional sobre Discapacidad mediante una encuesta a 14.000 familias para determinar el alcance, la distribución y la naturaleza de las discapacidades en la población. Asimismo, Panamá, con la activa participación de la OPS, ha realizado su primera encuesta sobre la discapacidad (PENDIS), ha adoptado medidas que favorecen la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, y ha creado tanto un consejo como una secretaría nacional para la integración social de las personas con discapacidad (CONADIS y SENADIS).

122. En Cuba, la atención a las personas discapacitadas constituye una de las áreas prioritarias del Sistema Nacional de Salud. La OPS ha incorporado en su programa de cooperación el apoyo a este sistema en el desarrollo de capacidades para enfrentar la discapacidad como problema de salud pública, así como el perfeccionamiento de los programas de atención integral a las discapacidades.

### ***La igualdad y la equidad de género***

123. De las conferencias mundiales e interamericanas han emanado importantes mandatos que exigen que los gobiernos nacionales promuevan la igualdad de género en la formulación de sus políticas y programas públicos. En la Región, la igualdad de género se ha resaltado en particular en la Convención de Belém do Pará (1994) acerca de la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer y en la Cumbre de las Américas de 2002, que fijó las metas para la igualdad de género en la Carta de Quebec.

124. Las desigualdades de género se manifiestan de distintas maneras en la esfera de la salud, sobre todo en el acceso dispar de hombres y mujeres a los servicios asistenciales y en la falta de atención a las necesidades sanitarias particulares de cada sexo. La OPS ha integrado la perspectiva del género en todas las facetas de su trabajo: la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, programas, proyectos e investigaciones. La Política de la OPS en materia de Igualdad de Género, presentada en 2005, consiste en trabajar con los gobiernos, la sociedad civil y otras entidades en los Estados Miembros para eliminar toda desigualdad entre hombres y mujeres en materia de salud y avanzar hacia el empoderamiento femenino. El objetivo primordial es que tanto los hombres como las mujeres gocen de un estado óptimo de salud y bienestar durante todo su ciclo vital.

125. Las acciones se ajustan a la política de género de la OMS, aprobada en 2002, y a la decisión en todas las agencias de las Naciones Unidas de “transversalizar” la perspectiva de género, es decir, incorporarla en todas sus políticas y programas. Responde, además, al PE 2003-2007, que estipula que “la reducción de la repercusión de la pobreza, del género y del grupo étnico como factores determinantes de las inequidades en la situación sanitaria y en el acceso a la atención de salud debe integrarse en todos los programas”.

126. La OPS también impulsa la igualdad de género en su propia fuerza laboral, en consonancia con resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Contempla la igualdad de género en sus políticas y programación, incluso en el presupuesto bienal por programas. La transversalización del género, aunque inicialmente a cargo de la Unidad de Género, Etnia y Salud, compete a todos los departamentos y niveles de la Oficina y los ministerios de salud, otros sectores gubernamentales, instituciones académicas y de investigación y ONG. Todas las áreas técnicas y administrativas de la OPS tienen puntos focales de género, como también cada representación y ministerio de salud. Éstos y todas las áreas y unidades de la Oficina recopilan los datos desglosados por sexo para permitir su análisis desde el punto de vista del género y diseñar materiales e intervenciones con el mismo enfoque.

### **La desnutrición y la inseguridad alimentaria**

127. En América Latina y el Caribe, una buena parte de la población consume cantidades insuficientes de nutrientes y calorías, lo cual puede dar origen a una amplia gama de manifestaciones clínicas. La nutrición subóptima, cuando se sufre temprano en la vida, menoscaba el capital humano, el ingreso, la productividad y el desarrollo, como lo muestran el Estudio Longitudinal de Crecimiento y Desarrollo realizado por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y otros estudios afines.

128. Los análisis efectuados en la Región, con base en estadísticas nacionales y estudios específicos, han confirmado que la desnutrición aguda es menos común que la crónica en todos los países de la Región. Por otra parte, esos estudios también han permitido identificar los determinantes del problema, que fundamentalmente se asocian con el sistema agroalimentario nutricional y directamente con la disponibilidad, la accesibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos, y por ende, con a la inseguridad alimentaria y nutricional.

129. A lo largo del quinquenio, algunas iniciativas conjuntas del sector de la salud y otros sectores, con la participación de la OPS y sus centros especializados, han producido muy buenos resultados a nivel nacional y subregional, sobre todo en lo que respecta al estado nutricional en la infancia. Tal ha sido el caso del Movimiento de Municipios Productivos en Cuba; los Municipios por el Desarrollo en Centroamérica; los programas transfronterizos de salud y seguridad alimentaria y nutricional en varios países; los programas y medidas nacionales para reducir la población con hambre (por ej., Hambre Cero en Brasil y el nombramiento del Comisionado contra el Hambre en Guatemala) y distintas iniciativas subregionales en el contexto de la iniciativa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) lanzada en los años noventa.

130. En materia de nutrición, la OPS ha ejercido su cooperación técnica por medio de sus centros subregionales (INCAP y el CFNI), movilizandando recursos y transfiriendo tecnologías y metodologías a las instituciones nacionales. En Costa Rica, el INCAP ha

apoyado la SAN para combatir la inequidad y la desigualdad de género que aquejan al país y contribuir al desarrollo integral de las familias pobres que habitan en comunidades postergadas.

131. Las actividades de reducción de la desnutrición crónica han sido particularmente exitosas en Centroamérica. A partir de la aprobación de una propuesta específica, sometida por el Programa Mundial de Alimentos (PMA), en la XXI reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD), celebrada en Belice en el 2005, todos los países, con el apoyo de la OPS, el PMA y el INCAP están fortaleciendo acciones e implementando una nueva generación de programas alimentarios y nutricionales, basados en pruebas científicas. En el caso de Guatemala, la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional ha coordinado esfuerzos intersectoriales del sector público, la iniciativa privada y la sociedad civil mediante la focalización de programas alimentarios y sanitarios en los municipios más prioritarios, mientras que otros países de la subregión han priorizado iniciativas tipo transferencia condicionada de recursos.

132. Desde 2003, en Honduras se ha impulsado la microempresa rural femenina, no sólo para combatir la inseguridad alimentaria, sino para empoderar a las mujeres y darles participación en los procesos de desarrollo. En Bolivia, el modelo de la AIEPI nutricional se ha rediseñado y forma parte esencial del programa Desnutrición Cero Bolivia 2010, lanzado en julio del 2007 para reducir radicalmente las tasas de desnutrición en los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas. El programa Desnutrición Cero se está difundiendo aceleradamente en toda la Región y la evaluación nutricional ha pasado a ser el primero en vez del último paso en el algoritmo de la AIEPI.

133. Hubo otros logros. La valoración del crecimiento lineal se ha sumado a la del peso para la edad, lo cual reviste especial importancia en la Región, donde el retraso del crecimiento es mucho más frecuente que el peso insuficiente para la edad. La talla se está añadiendo al protocolo de evaluación del crecimiento en Bolivia, Guyana, Honduras, Nicaragua y otros países.

### **Las nuevas pautas de crecimiento infantil de la OMS**

En abril de 2006, la OMS lanzó nuevas pautas de crecimiento infantil para niños amamantados al pecho. Las nuevas curvas de crecimiento ya se aplican en el ámbito clínico en Bolivia, Brasil y Chile. En otros 13 países de la Región la OPS ha realizado talleres nacionales con entidades clave, incluidos los ministerios de salud, sociedades pediátricas, agencias de las Naciones Unidas, organismos bilaterales y ONG, para promover la adopción de las pautas. Argentina, Guyana y México ya están en proceso de adoptarlas. La OPS ha ofrecido, además, tres cursos subregionales —en América del Sur, el Caribe y Centroamérica— sobre la valoración adecuada del crecimiento.

Como resultado de estas acciones, un grupo de facilitadores actualmente diseña y dicta cursos nacionales para capacitar a los trabajadores de la salud en el uso e interpretación de las nuevas curvas. En países como Colombia, las nuevas pautas han suscitado la revisión de todos los programas e intervenciones nutricionales con miras a rediseñarlos o a adoptar otros mejores para conseguir resultados más favorables. La OPS, con el apoyo de la OMS, ha introducido las nuevas pautas de crecimiento y ha proporcionado materiales de capacitación.

La OPS ha preparado un manual conocido como la *Guía para el monitoreo del desarrollo infantil* con versiones en español, inglés y portugués, con la cual en los últimos dos años se ha adiestrado a casi 1.000 profesionales de la salud en 10 países de la Región.

134. Con el apoyo de la OPS, se han dado cursos y dictado conferencias sobre la mala nutrición en México; se han elaborado materiales educativos y guías de alimentación, y se ha dado apoyo a los congresos nacionales de nutriología. También se ha estudiado el impacto nutricional de la suplementación alimentaria bajo el Programa Gratuito de Leche Industrializada Conasupo y la Secretaría de Desarrollo Social (LINCONSA-SEDESOL) en los menores de 5 años.

135. Partiendo de las experiencias vividas en la Región, el Consejo Directivo aprobó (CD47.R8) en septiembre de 2006 la Estrategia Regional sobre Nutrición en la Salud y el Desarrollo 2006-2015. La estrategia aborda las complejas relaciones entre la nutrición y la salud y contempla tanto las carencias nutricionales (representadas por el hambre, la insuficiencia de micronutrientes y la desnutrición crónica, incluido el retraso del crecimiento) como los excesos y desequilibrios que resultan en las epidemias observadas de obesidad y enfermedades crónicas y metabólicas, como la diabetes sacarina, en las poblaciones más pobres.

### **El Acta de Lima contribuye al cumplimiento de varios ODM**

En noviembre del 2006, la OPS y otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas como la FAO, el UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos, agencias bilaterales como la USAID y diversas organizaciones de la sociedad civil firmaron el Acta de Lima como parte de la Iniciativa de Lucha contra la Desnutrición Infantil, que comprende medidas de saneamiento en la lucha contra la pobreza. Al firmar el Acta, la OPS, el Programa Mundial de Alimentos y el UNICEF se comprometieron a ayudar a Perú a elaborar y ejecutar un plan no sólo contra las causas más inmediatas de la desnutrición crónica, sino también contra sus determinantes sociales, reflejados en varios ODM.

### **La salud infantil y materna**

136. Las elevadas cifras de mortalidad infantil y materna son un problema serio en América Latina y el Caribe, sobre todo en las poblaciones indígenas. Hay enormes disparidades entre los países y cifras inadmisibles en los países más pobres, como Bolivia, Guatemala, Haití y Honduras, que quedan ocultas dentro de los promedios regionales. Según los expertos, hay poca información fidedigna sobre la mortalidad materna e infantil en la Región y es preciso contar con más datos desglosados por grupo étnico para poder comprender mejor los determinantes culturales y sociales del problema. En Argentina, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México y Panamá se han celebrado reuniones para examinar las necesidades de los pueblos indígenas y la idoneidad de un enfoque intercultural.

137. La OPS y otros organismos trabajan intensamente en programas comunitarios con parteras y líderes de la comunidad a fin de mejorar las condiciones sanitarias y la atención con personal calificado durante el parto e identificar y remitir a tiempo los casos en riesgo.

### ***La Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)***

138. El potencial para mejorar la salud pública en el nuevo milenio radica en la mutua colaboración entre las familias y comunidades y los sectores de salud y protección social. Se calcula que con buenas intervenciones comunitarias se podrían evitar casi la mitad de las muertes en la niñez. La iniciativa de la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) se lanzó en la Región en 1996 para reducir la morbilidad y mortalidad causadas por las enfermedades prevenibles propias de los niños menores de 5 años. La AIEPI tiene tres componentes básicos —el clínico, el neonatal y el comunitario— y las necesidades locales determinan cuál de ellos se debe impulsar en cada lugar y circunstancia.

139. En la Región, la AIEPI ha transformado la atención de la salud en la familia y ha generado un nuevo tipo de movilización comunitaria. En los países donde se ha adoptado

ha servido para inculcar prácticas familiares beneficiosas para la salud de los niños y permitir la atención de los niños enfermos en la propia comunidad. También ha mejorado la equidad al concentrarse en zonas de población vulnerable o autóctona.

140. En enero de 2007 concluyó, con buenos resultados, la alianza establecida en el 2000 entre la OPS, la Cruz Roja Estadounidense (CRE) y la Fundación de las Naciones Unidas (UNF) para ayudar a los ministerios de salud y a las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja en Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Venezuela a introducir la estrategia AIEPI en el seno de la familia y la comunidad. La labor realizada por la alianza dejó sentados los cimientos para una colaboración interinstitucional gracias a la cual el componente comunitario de la AIEPI se ha incorporado de un modo definitivo en los planes y políticas oficiales de los 11 países mencionados. La OPS proporcionó el liderazgo y el apoyo técnico necesarios para que la estrategia AIEPI se convirtiera en un elemento de programación nacional basado en los principios fundamentales de la APS.

141. Para fomentar el componente comunitario de la AIEPI se creó un modelo a base de actores sociales en el que la comunidad entera identifica sus necesidades de salud partiendo de datos epidemiológicos e idea intervenciones y programas que más tarde pone en marcha.

**La AIEPI comunitaria rinde frutos abundantes  
en Bolivia, Perú y Honduras**

En Bolivia la AIEPI se integró en la política de salud nacional para apoyar la iniciativa gubernamental de Cero Desnutrición Bolivia 2010, y el modelo comunitario de actores sociales se ha venido aplicando ampliamente. En Cotahuma, zona periurbana pobre de La Paz donde predominan los indígenas de lengua aimara, el trabajo comunitario con la AIEPI transformó hábitos familiares de importancia clave para la salud infantil y catalizó la acción conjunta de una serie de actores importantes, entre ellos el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, los voluntarios de la Cruz Roja, las juntas de vecinos, los consejos populares de salud locales, los promotores de salud comunitarios y la alcaldía.

En el distrito de Chao, Departamento de La Libertad, Perú, también se aplicó el modelo de actores sociales para impulsar la AIEPI, que tuvo un efecto positivo sobre los conocimientos de los padres acerca de la salud de sus hijos. Resultados similares se obtuvieron en Honduras, donde también se logró que las madres aprendieran a reconocer los signos de alarma en sus hijos menores de 5 años con infecciones respiratorias e intestinales y a buscar atención médica de inmediato.

142. En Guyana la AIEPI, introducida en 2001 para reducir la alta mortalidad infantil, ha sido muy exitosa, dadas la grave escasez de recursos y la dificultad para llegar a los habitantes de zonas remotas sin servicios de diagnóstico esenciales. Para fines de

junio de 2007, Guyana ya tenía un número crítico de trabajadores de salud adiestrados en todo el territorio nacional. El Ministerio de Salud, con el apoyo técnico de la OPS, amplió la iniciativa mediante la introducción de la AIEPI comunitaria.

143. En el Ecuador se ha impulsado la AIEPI clínica, neonatal y comunitaria. En vista de la elevada mortalidad en neonatos, en el 2006 se realizaron varios talleres donde se capacitó a cerca de 200 profesionales, entre ellos médicos y enfermeras, en la AIEPI neonatal. Con el apoyo de la OPS 14 universidades del país incorporaron la AIEPI como estrategia integradora clínica y comunitaria en los planes de estudio del personal sanitario. También se fundó el primer banco de leche humana del país en el centro de maternidad quiteño Isidro Ayora.

144. A partir de 2003 el trabajo de la OPS en la República Dominicana se ha centrado en la promoción de la AIEPI neonatal. De 2005 a 2006 la tasa de mortalidad de menores de un año se redujo en 7,3% según datos de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Ello significa que en ese período se logró evitar la muerte de más de 500 niños, sobre todo neonatos, en parte por efecto de la AIEPI neonatal.

145. La OPS ha emprendido una estrategia de cooperación técnica con el departamento de Antioquia en Colombia a fin de integrar las experiencias y prácticas propias de la APS, la AIEPI y el Programa de Mejoramiento Alimentario y Nutricional (MANA) de la Gobernación de Antioquia.

### ***La mortalidad materna***

146. La elevada mortalidad materna es uno de los problemas de salud pública más graves de América Latina y el Caribe, donde cada año mueren alrededor de 233.000 mujeres a causa de complicaciones del embarazo y el parto. A lo largo de 2003-2007 se ha hecho un gran esfuerzo por fortalecer los sistemas de vigilancia de la mortalidad materna en la Región, especialmente en los países más necesitados. Lamentablemente, en América Latina y el Caribe no siempre hay datos actualizados que permitan saber cuánto se ha adelantado hacia el cumplimiento de esta meta del cuarto ODM.

147. En septiembre de 2002, la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó una nueva estrategia regional con metas concretas para reducir la mortalidad materna basada en las lecciones aprendidas y en las mejores pruebas científicas disponibles. En 2003, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), con sede en Uruguay, impulsó la creación de una red de centros de excelencia a fin de acelerar la puesta en práctica del plan para reducir la mortalidad materna.

148. En Bolivia la mortalidad materna es de 230 por cada 100.000 nacidos vivos, y en Guatemala la razón en la población indígena es mucho mayor que la nacional. Guyana, cuya razón de mortalidad materna en 2003 fue de 123,6 muertes por 100.000 nacidos vivos, desarrolló su Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna 2006-2010. Asimismo, para reforzar la base de datos de mortalidad materna, la OPS ayudó al Ministerio de Salud a establecer un Comité Auditor sobre la Mortalidad Materna en los dos hospitales más grandes del país y le encargó que revisara, investigara y clasificara todas las muertes maternas. El Ministerio de Salud y la OPS también han ayudado a fijar pautas para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y han preparado un programa de adiestramiento sobre lo que debe hacerse en caso de producirse una muerte materna en los centros de maternidad.

149. El CLAP colaboró con la implantación del Sistema de Información Perinatal (SIP) en los hospitales locales, el cual permitirá llevar un control de todas las muertes maternas, perinatales y neonatales en el país. Los datos obtenidos servirán para evaluar la calidad de la atención prestada a las embarazadas desde la primera consulta prenatal hasta la resolución del embarazo.

150. En diciembre de 2004, el gobierno de Panamá y la OPS se comprometieron a afrontar el problema de la mortalidad materna y se elaboró el Plan estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal 2006-2009. El plan comprende la creación de planes de salud locales para ofrecer cuidados obstétricos y neonatales especiales (CONE) y reducir las brechas observadas en materia de salud materna y perinatal en el país. En él se ha dado prioridad a las zonas rurales con un predominio de población indígena y alta mortalidad materna e infantil, donde actualmente se están estudiando los servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia con miras a crear nuevos modelos de atención.

151. En Haití, cuya razón de mortalidad materna es la más alta de la Región, cerca de 76% de las mujeres dan a luz en su casa debido a barreras económicas y 25% sufren complicaciones. En colaboración con el Ministerio de Salud, la OPS ha impulsado la introducción de servicios obstétricos gratuitos como eje de la reforma del sistema sanitario del país, contando con el apoyo de socios solidarios como CIDA (Canadá) y la Comunidad Europea.

152. En México la Secretaría de Salud instrumentó el Programa de Arranque Parejo en la Vida en el periodo de 2001 a 2006 como estrategia nacional para reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil, particularmente en la población con mayores índices de pobreza y marginación. La OPS ha apoyado el componente estratégico del Programa, que abarca actividades de vigilancia, evaluación e investigación operativa. También ha apoyado en nueve estados mexicanos la evaluación del subregistro de la mortalidad materna debido a la mala clasificación de las muertes. Ello ha permitido mejorar las estadísticas de mortalidad materna con el método de RAMOS (*reproductive age mortality survey*) modificado.

153. En 2007 el Congreso de la República del Perú celebró un foro donde funcionarios del Ministerio de Salud, la OPS, el UNFPA, el UNICEF, CARE y representantes de otras entidades firmaron un acta de compromiso para apoyar la Alianza Nacional por una Maternidad Saludable y Segura.

#### **Se promueve la maternidad segura en Colombia**

En el 2000, Colombia tuvo una razón de mortalidad materna de 105 por 100.000 nacidos vivos, excesiva para su grado de desarrollo y elevado gasto público en la salud. El Ministerio de Protección Social de Colombia avaló en 2003 la creación de una red de cuatro centros de excelencia para mejorar la vigilancia y la calidad de la atención materna y neonatal.

Con el apoyo de la OPS los centros colombianos han puesto en marcha el sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna para cubrir alrededor de 223.000 de los 800.000 partos que se registran anualmente en el país. Se estima que en las áreas de influencia de los centros la mortalidad materna ha bajado en 25 a 40% en el periodo de 2003 a 2006.

Desde 2003, la Representación de la OPS en Colombia se ha encargado de concertar el plan anual de trabajo y de coordinar el monitoreo de pares, que ha permitido diseñar un sistema de evaluación de procesos y resultados y ha facilitado la actividad cruzada entre distintos centros, así como la articulación con las autoridades sanitarias nacionales y departamentales y con el programa regional de la OPS. El CLAP ha capacitado a los puntos focales de los centros y hospitales locales de las áreas de influencia, ha proporcionado instrumentos metodológicos para su trabajo y ha dado el apoyo financiero inicial.

#### ***El embarazo en la adolescencia***

154. Velar por la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (SSRA) es tarea indispensable en el contexto de los ODM y de la reducción de la pobreza, si se entiende por pobreza no sólo una escasez de ingresos, sino también la baja escolaridad, un estado vulnerable mental y físico y la poca participación política y social.

155. Como parte de su iniciativa para la promoción de una sexualidad sana y la prevención del embarazo en adolescentes, la OPS ha venido apoyando a los países en el desarrollo de políticas y sistemas de información; la creación de capacidades e integración de servicios de SSRA y de VIH, y el fortalecimiento del trabajo interagencial e intersectorial con un enfoque ecológico, de género, de derechos, y de participación ciudadana con incorporación de las pruebas científicas más recientes.

156. Se han elaborado instrumentos para la promoción de la salud de los adolescentes, como la *Guía para abogar por la salud integral de los/las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva* y las *Recomendaciones para los servicios de salud integrales*

*para los/las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva, y se han celebrado talleres en 11 países de la Región. También se han preparado materiales didácticos y realizado programas de educación a distancia para mejorar las competencias técnicas de los profesionales de la salud que proveen servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes y adultos jóvenes.*

## **Las enfermedades transmisibles**

### ***La infección por el VIH y el sida***

157. La infección por el VIH y el sida son problemas de salud pública que requieren atención especial y urgente a escala mundial. En la Región, la distribución epidemiológica, previamente concentrada en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y en los usuarios de drogas inyectadas, está mostrando una clara tendencia a la feminización.

158. El apoyo de la OPS a las actividades orientadas a combatir la infección por el VIH y el sida se conjuga con la labor de otros socios importantes activos en la Región, entre ellos el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

159. La OPS ha venido apoyando a sus Estados Miembros en la preparación de propuestas y el fortalecimiento de mecanismos coordinadores en los países. La OPS ha colaborado con el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida (PEPFAR por la frase en inglés) en los países destinatarios (Guyana y Haití) y ha venido trabajando a la par de la USAID, los CDC y otros socios que están poniendo en práctica el PEPFAR en el Caribe y Centroamérica. Las áreas de colaboración son la reducción del estigma, el apoyo de laboratorio, la vigilancia de casos, el cambio de comportamientos, e intervenciones para la prevención.

160. En consonancia con la reciente política de descentralización de la OPS y con el objetivo de fortalecer la respuesta de la Organización al peligro planteado por las infecciones de transmisión sexual y el VIH, en agosto de 2007 se estableció la Oficina Caribeña de VIH en Puerto España, Trinidad y Tabago. Esta entidad se encarga de crear y coordinar el apoyo técnico al Plan Caribeño de VIH/ITS de la OPS. La Oficina será el principal enlace con entidades que dan financiamiento exclusivo a proyectos de VIH, tales como la Alianza Pancaribeña para el VIH/SIDA (*Pan Caribbean Partnership on HIV/AIDS*, PANCAP), UNAIDS y la Red Caribeña de Personas Seropositivas (*Caribbean Regional Network of Seropositives*, CRN+). CAREC brindará su apoyo sobre todo en materia de laboratorios y vigilancia de la infección por VIH y el CFNI se concentrará en los aspectos nutricionales.

### **El Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública**

En pleno espíritu de panamericanismo, en el año 2000 la OPS creó el Fondo Rotatorio General para Suministros Estratégicos de Salud Pública (Fondo Estratégico) a fin de ayudar a los Estados Miembros a adquirir a precios asequibles los medicamentos y suministros esenciales para el mantenimiento de la salud pública. Esto se logra mediante la capacidad de negociación que confiere la compra de grandes volúmenes directamente a los fabricantes.

El Fondo Estratégico, al que están suscritos algunos países de la Región, es fuente de asesoramiento y capacitación en las áreas de evaluación de las necesidades y planificación de las compras de medicinas y suministros esenciales. En 2004, el Consejo Directivo de la OPS instó a los Estados Miembros a utilizar más el fondo, lo cual llevó a la celebración de talleres en Centroamérica, el Caribe y la región andina para el personal de los ministerios de salud y las principales organizaciones beneficiarias de los proyectos del Fondo Mundial. Las actividades en esas áreas se han concentrado en examinar y formular los planes nacionales de adquisición financiados por el Fondo Mundial para ayudar a los países a salvaguardar los obstáculos administrativos y técnicos que enfrentan al traducir el financiamiento disponible en el suministro de productos. Todas las actividades se han realizado con la asistencia prestada por los centros colaboradores de la OPS/OMS e instituciones técnicas de referencia y con el apoyo del propio Fondo Mundial.

Mediante el Fondo Estratégico, la OPS ha ayudado a los países que participan en iniciativas mundiales de abastecimiento de antirretrovíricos, tales como “Tres millones para 2005”, y en proyectos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

### ***El principio de los “tres unos”***

161. Los “tres unos” representan un nuevo enfoque para la organización de las respuestas contra el VIH en los países. Se basa en la creación de un marco de acción sobre el sida, una autoridad nacional de coordinación de actividades en torno al sida y un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país. La OPS y los otros copatrocinadores del ONUSIDA se reúnen anualmente para planificar en forma conjunta las estrategias, examinar el progreso y armonizar las actividades.

162. Los directores regionales han confirmado nuevamente su compromiso y apoyo a los “tres unos” y su voluntad de trabajar en coordinación con líderes nacionales, socios multilaterales y bilaterales y otros colaboradores clave para poner en práctica los principios de los “tres unos” en los países. La resolución CD45.R10 del 45.º Consejo Directivo de la OPS, adoptada en 2004, apoyó la ampliación del tratamiento de la infección por el VIH y el sida y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) como parte de una respuesta integral a la epidemia.

163. Tras la adopción de esta resolución la OPS ha aumentado su apoyo técnico directo a los países para fortalecer la respuesta del sector de la salud a la epidemia de

infección por el VIH. La OPS continúa descentralizando sus recursos y asistencia técnica, dado que para mejorar la prevención, la atención y el tratamiento no sólo hacen falta medicamentos y otros productos básicos, sino también inversiones en la capacidad de los sistemas de salud para administrar el tratamiento eficaz y equitativamente.

164. Un buen ejemplo de estos esfuerzos es el de Panamá, donde en los últimos cinco años el gobierno, con el apoyo de la OPS, ha alcanzado logros destacables en el camino hacia el acceso universal a la atención integral para las personas con la infección por VIH. También se ha adoptado una ley para proteger los derechos de estas personas. La prevención de la infección vírica se ha reforzado mediante campañas públicas del Ministerio de Salud o de entidades de la sociedad civil. Estas iniciativas han incluido campañas para la eliminación del estigma y la discriminación hacia las personas con VIH.

165. Antes de 2005, en Suriname la mayoría de las pruebas de detección se efectuaban en un solo laboratorio y por indicación clínica y orden médica, pero a partir de ese año el Ministerio de Salud amplió el tamizaje. Aspectos clave de la estrategia han sido la elaboración de un protocolo nacional para el tamizaje, la entrega de los resultados el mismo día, la expansión del número de clínicas y la prolongación de su horario, y la integración de los servicios de prueba voluntaria en los centros de atención primaria.

166. Otra experiencia destacable es la de Guyana, que ha movilizado \$1,2 millones del PEPFAR para financiar sus planes estratégicos contra el VIH y el sida. Con esos fondos la OPS provee cooperación técnica para que los trabajadores de salud en zonas remotas del país puedan poner en práctica planes integrales para reducir las brechas en el tratamiento de los pacientes como parte de la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos. La iniciativa contribuye al cumplimiento del sexto ODM en Guyana y en toda la zona del Caribe.

167. En la República Dominicana se han apoyado intensamente la prevención y el control de la infección por VIH y se han fortalecido los sistemas de vigilancia e información epidemiológica. La cooperación técnica de la OPS se ha orientado a lograr metas y objetivos de impacto, mejorar los sistemas de información, reducir el riesgo en la comunidad y mejorar la atención de las personas afectadas. Como resultado, de 2004 a 2006 las personas diagnosticadas con infección por VIH aumentaron de 5.041 a 14.050; las personas en tratamiento con antirretrovíricos ascendieron de 956 a 5.001; los centros de salud con atención integral para personas con VIH aumentaron de 14 a 46 y los establecimientos de salud con personal capacitado e insumos para las intervenciones establecidas en el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical aumentaron de 22 a 122.

168. Con su programa INTEGRA, Colombia ha integrado el asesoramiento y la prueba voluntaria para la detección de la infección por el VIH en los servicios de salud sexual y reproductiva de algunos municipios. Los principales destinatarios son los jóvenes y el

modelo se está extendiendo a instituciones de salud en aquellas partes del país donde las condiciones de vulnerabilidad en el campo de la salud sexual y reproductiva son marcadas. Junto con el UNICEF, el UNFPA y el ONUSIDA, la OPS ha conformado el comité gerencial del proyecto y dirigido la elaboración de los tres módulos que se utilizan en él, y aporta apoyo técnico para el desarrollo del proyecto y la evaluación de los resultados en los lugares elegidos.

169. En Cuba el Ministerio de Salud, apoyado por la OPS, ha fortalecido el monitoreo y la evaluación de las actividades de lucha contra el VIH y el sida en 47 municipios prioritarios conectados a la red nacional de vigilancia; ha mejorado la red de laboratorios para el diagnóstico local; ha ampliado el programa de tamizaje en las zonas de más riesgo; ha capacitado al personal de salud, sobre todo en los policlínicos de esas zonas y ha establecido un programa de visitas domiciliarias a cargo de enfermeras para reforzar la adherencia al tratamiento.

170. La OPS ha apoyado el intercambio de experiencias y la participación de Cuba en eventos internacionales y ha facilitado la creación de un Proyecto Multipaís para la prevención y el control del VIH y el sida en la Región bajo la coordinación de Cuba. El proyecto, en el que participan Bahamas, Belice, Guatemala, Guyana, Jamaica, Honduras y Nicaragua, se dirige a identificar las mejores prácticas y lo aprendido sobre la prevención y el control del VIH y el sida en el área de la transmisión materno-infantil; a promover la cooperación técnica entre los países y a documentar y difundir las mejores prácticas y experiencias positivas y negativas y las recomendaciones correspondientes.

**Chile formula un índice de la calidad de vida de las personas  
con la infección por el VIH o el sida (2003-2007)**

En el contexto del Proyecto Chile de Aceleración y profundización de la respuesta nacional intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia de VIH/SIDA en Chile, que fue aprobado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, en 2006 se realizó en Santiago y Valparaíso una encuesta transversal sobre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento antirretrovírico en 409 personas afectadas por el VIH que fueron atendidas en los ocho hospitales públicos de mayor concentración de personas con positividad al VIH en el país.

La actividad ha permitido crear un índice para calcular el impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar de las personas infectadas. El índice creado, además de arrojar luz sobre la calidad de la vida de las personas afectadas por el VIH y el sida, pone de relieve el contraste entre este grupo y la población del país en general y destaca el impacto de los factores determinantes de tipo social en la situación vital de esta población. Se ha realizado también un taller de cooperación sur-sur con aportes del CONASIDA, el Programa Nacional de SIDA de Brasil y la OPS.

La OPS colaboró con el Fondo Mundial en el diseño del proyecto, formó parte del mecanismo de coordinación del país para su dirección y gestión y aportó financiamiento. La cooperación sur-sur en la prevención simultánea de la infección por VIH y el sida y de las infecciones de transmisión sexual ha permitido que los equipos participantes comprendan mejor la importancia de adoptar medidas complementarias.

### *El Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS de 2007*

Entre el 15 y el 20 de abril de 2007 se realizó en Buenos Aires, Argentina, el tercer Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA, cuyo lema fue “Latinoamérica y el Caribe: unidos en la diversidad hacia el acceso universal”. Sus principales objetivos fueron impulsar el acceso universal a la educación pública para la prevención de la infección por el VIH, el acceso al tratamiento y una atención de salud prestada con respeto y sensibilidad.

Paralelamente, las Redes Regionales Comunitarias de América Latina y el Caribe en VIH/SIDA (LACCASO, ICW Latina, REDLA, RELARD, REDLACTRANS, ASICAL, MLCM+, REDTRASEX) convocaron al Foro Comunitario de 2007, dedicado al tema de los “25 años de la epidemia del VIH/SIDA y la respuesta del movimiento comunitario y sociedad civil de América Latina y el Caribe; pasado, estado actual, desafíos y oportunidades para el futuro”.

El Foro Comunitario es un espacio para el diálogo y trabajo conjunto entre las comunidades y entidades civiles de la Región cuya labor se relacione de alguna manera con el campo del VIH y el sida. En el Foro Comunitario, celebrado el 18 de abril, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe participó en el lanzamiento regional de la campaña “Las mujeres no esperamos, ¡acabemos con el sida y la violencia ya!” Se trata de una coalición femenina internacional que promueve la salud y los derechos humanos de las mujeres en el marco de la lucha contra el VIH y la violencia contra la mujer. La campaña, encaminada a responder eficazmente a ambos problemas, refleja el hecho de que la feminización de la epidemia de infección por VIH se ve agravada por la violencia contra las mujeres y las niñas.

171. En relación a la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PTMH) y considerando el informe de 11 Estados Miembros de la OPS, la cobertura de programas de PTMH varía desde 2,1% en Paraguay hasta 87% en Argentina, con grandes disparidades en los países y entre los países. Existen nuevas experiencias en torno a este tema, como en Bahamas, donde no se registró ningún caso de muerte infantil debido a la infección por el VIH o el sida en el año 2002, y en Trinidad y Tabago, donde entre el 85 y 95% de las mujeres gestantes fueron sometidas a pruebas de diagnóstico para el VIH entre los años 2002 y 2005.

### *El dengue*

172. El dengue, enfermedad de gran impacto epidemiológico, social y económico, constituye un problema creciente para la salud pública mundial y en particular para las Américas. En 2007, frente al peligro de una epidemia regional, la OPS puso en alerta a toda la Región. Los países se han esforzado por preparar y poner en práctica la Atención Integrada del Dengue, pero aún se mantienen los factores que facilitan la transmisión en la Región, lo cual ha impedido cumplir la meta de reducir la incidencia en 40% para 2007, si bien es muy auspiciosa la reducción marcada de la mortalidad a causa de la enfermedad.

173. Centroamérica es una de las zonas más afectadas, con los casos de dengue hemorrágico concentrados mayormente en El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. Para hacer frente al problema, la OPS ha elaborado la Estrategia de Gestión Integrada de Dengue en Centroamérica y República Dominicana (EGI-CAD), basada en un nuevo modelo de trabajo que abarca la promoción de la salud y la búsqueda de nuevas asociaciones para prevenir y controlar el dengue. El programa regional tiene su sede en Panamá y el Grupo Técnico para Dengue se creó en 2003 e incorporó al trabajo del equipo técnico de los países para elaborar en conjunto una estrategia nacional de gestión integrada.

174. El Salvador preparó una guía para la elaboración del Plan Centroamericano para la Prevención y Control del Dengue, que se presentó en la Reunión del Comité Coordinador de la Red Centroamericana de Enfermedades Emergentes y Reemergentes (RECACER), realizada en Panamá el 21 y 22 de agosto del 2003.

175. El dengue es la enfermedad transmisible que más menoscaba la salud pública en Costa Rica, donde se notificaron 37.798 casos en 2005, equivalente a una tasa de incidencia de 890 por 100.000 habitantes. El país adoptó la Estrategia de Gestión Integrada de Dengue (EGI-Dengue), que se está poniendo en práctica en casi todo el territorio nacional con la celebración de talleres regionales de discusión y análisis en cada una de las siete regiones del país. Desde que se puso en marcha la EGI-Dengue, los casos de dengue descendieron en 2006 y 2007, principalmente en las regiones más afectadas del territorio nacional y en la población con las condiciones de vida más vulnerables.

176. En el Ecuador el dengue continúa representando un importante problema de salud pública que trasciende el ámbito de acción del sector de la salud y por lo tanto exige intervenciones integrales, interprogramáticas y multisectoriales con el protagonismo de las organizaciones comunitarias locales. Como resultado de las intervenciones de control vectorial y un adecuado manejo de casos en los hospitales, las defunciones en el país han descendido de 14 en 2005 a 6 en 2006 y a sólo 4 en 2007. Dos iniciativas importantes están en marcha en el Ecuador, una en la comunidad de Paraíso de la Flor y otra en las Islas Galápagos, ambas orientadas a lograr cambios de conducta. Las evaluaciones han mostrado cambios favorables en los hábitos de la población y una reducción del número de casos.

### ***La tuberculosis***

177. Aunque la tuberculosis es prevenible y curable, sigue siendo un problema de salud pública importante en las Américas. La presencia simultánea de tuberculosis en muchos pacientes y la aparición de multirresistencia medicamentosa plantean un reto para el control de la enfermedad en todos los países. El problema se ve agravado por las carencias del sector sanitario en los países más pobres y el impacto adverso de las reformas del sector de la salud.

178. A lo largo de la última década se ha adoptado el tratamiento abreviado por supervisión directa (DOTS), que ha permitido mejorar la detección y curación de los casos. La Región se encuentra en buen camino de alcanzar los indicadores y metas de los ODM. No obstante, los mejores resultados se han alcanzado en países con ingresos altos o medianos y programas nacionales de tuberculosis de larga data.

179. Durante el quinquenio, la cooperación técnica de la OPS con el Ministerio de Salud de Brasil ha redundado en la ampliación del DOTS en el país, donde se ha capacitado a más de 40.000 profesionales de salud en la aplicación de medidas de control. Se ha consolidado el Forum de Parceiros (Partnership/Brasil) para el control de la tuberculosis con la participación de más de 52 organizaciones de la sociedad civil. En el país también se han implantado planes conjuntos contra la tuberculosis y la infección por VIH en grupos de alto riesgo.

180. Debido al diferente estado de desarrollo de los países, la cooperación técnica de la OPS se ha enmarcado en distintos contextos epidemiológicos y operativos y se ha dado prioridad a los países más vulnerables por sus condiciones de pobreza, alta incidencia de tuberculosis, situación respecto del VIH y el sida, y presencia de multirresistencia medicamentosa. El Plan Estratégico Regional de Tuberculosis 2005-2015 se estableció para dar una respuesta diferenciada al problema en cada país mediante iniciativas basadas en la estrategia DOTS que mejoren la calidad de la atención, la participación comunitaria y la movilización social.

181. Haití es uno de los países pobres donde hubo adelantos, pero no los suficientes para que el Programa Nacional de Tuberculosis alcance sus objetivos. Los principales obstáculos son la epidemia de VIH, la baja cobertura con el DOTS (de menos de 60% en el país), el control insuficiente de la entrega de medicamentos, la adaptación a la tuberculosis multirresistente, y escasez de fondos.

**República Dominicana fortalece el programa nacional de tuberculosis y reduce el impacto de la asociación con la infección por VIH y el sida**

Debido a su elevada carga de tuberculosis, República Dominicana es uno de los nueve países prioritarios de la OPS en materia de tuberculosis y como tal participa en todos los eventos regionales en torno a la iniciativa “Detener la TB” (*Stop TB*). En diciembre del 2001, la USAID firmó un acuerdo de cooperación de dos años con la OPS con el fin de fortalecer el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y adoptar la estrategia DOTS en siete provincias prioritarias y el Distrito Nacional.

En el 2007 se aprobó una extensión del proyecto con la USAID para reforzar las acciones del PNCT mediante la expansión de la estrategia DOTS en cinco provincias y el apoyo a provincias colindantes; consolidar y extender la estrategia a todos los establecimientos de salud en las siete provincias y ocho áreas del Distrito Nacional beneficiadas por el proyecto; fortalecer la detección y atención integral del paciente con tuberculosis multirresistente; dar respuesta a la coinfección de tuberculosis y VIH, articular acciones binacionales para el control de la tuberculosis en la isla de La Española y colaborar con el Proyecto del Fondo Mundial para fortalecer el PNCT. La OPS ha proporcionado apoyo técnico y administrativo y ha movilizó recursos humanos técnicos de otros países con el financiamiento de la USAID y otras agencias.

***El paludismo***

182. Aunque en la Región la incidencia general del paludismo (malaria) ha disminuido en los últimos años, la enfermedad sigue siendo un problema de salud pública de primera magnitud y los resultados de los esfuerzos de control de distintos países han sido muy dispares. Se calcula que unos 40 millones de personas en la Región viven en zonas de riesgo moderado y alto. En 1992 la OMS, no habiendo podido erradicar la enfermedad, lanzó la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo y, para reforzarla, en 1998 se puso en marcha la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” (HRP) con el propósito de reducir la carga de la enfermedad en 50% para 2010. En el 42.º Consejo Directivo de la OPS, los Estados Miembros donde el paludismo seguía constituyendo un problema de salud pública adoptaron la iniciativa HRP.

183. En Guyana, el paludismo sigue siendo un problema de salud pública importante que ocasiona una buena fracción de las consultas externas en los centros de atención ambulatoria y de los ingresos a hospitales. Guyana cuenta con recursos del Fondo Mundial y de la Red Amazónica para monitorear la Resistencia a Medicamentos Antipalúdicos (RAVREDA), y el actual Ministerio de Salud ha dado prioridad a la lucha contra el paludismo. La enfermedad afecta a más de 85% de la población amerindia, cuyos índices de pobreza superan a los de todos los demás grupos poblacionales del país.

184. En 2005, el Ministerio de Salud emitió un mandato para integrar el programa vertical de paludismo en los Servicios Regionales de Salud. La Red Nacional de Diagnóstico del Paludismo se ha evaluado y reestructurado y se han redactado pautas terapéuticas nacionales para el paludismo sin complicaciones, las cuales se están llevando a la práctica en la actualidad. Tras un estudio del abastecimiento de medicamentos antipalúdicos en el país, se mejoraron los canales de abastecimiento y se definieron políticas nacionales. También se crearon pruebas de laboratorio para la garantía de la calidad de los fármacos antipalúdicos y se adiestró al personal en su aplicación. Se sometieron a pruebas repetidas la cloroquina, la primaquina y la mefloquina en dos mini laboratorios para determinar su calidad.

185. En Suriname se ha reducido la incidencia de la enfermedad en 70% entre 2003 y 2007. El país tiene una Junta para el Paludismo que, con el apoyo de la RAVREDA y con fondos del subsidio del Fondo Mundial, ha dirigido las medidas para mejorar el control y la prevención del paludismo en el país, que está confinado en el interior, habitado por amerindios, afrodescendientes y *garimpeiros* de Brasil. Cada habitante del interior ha recibido un mosquitero impregnado de insecticida de acción prolongada y la iniciativa se ha diseminado por la radio y la televisión en las distintas lenguas que se hablan en Suriname. La OPS participa activamente en la coordinación de la RAVREDA y en la ejecución del proyecto del Fondo Mundial.

**Las Bahamas responden  
a un conglomerado de casos de paludismo en Exuma**

A principios de junio de 2006 el Ministerio de Salud de las Bahamas notificó a la Representación de la OPS de varios casos de paludismo de transmisión local en la isla de Exuma. En colaboración con el Programa Regional de Paludismo y la CAREC se movilizaron recursos humanos técnicos para ayudar a la unidad de control de vectores del Departamento de Servicios de Salud Ambiental. Dicho Programa consiguió que Brasil y Nicaragua donaran fármacos que no se podían conseguir localmente.

La OPS movilizó los recursos técnicos apropiados, brindó ayuda técnica en las áreas de investigación epidemiológica y de búsqueda, detección y atención de casos para complementar las capacidades técnicas nacionales. También adquirió fármacos y productos de diagnóstico. Las pautas publicadas por la OPS, la OMS y el CAREC sirvieron de respaldo a la respuesta técnica frente al brote. Gracias a la excelente colaboración entre el Ministerio de Salud y diversas unidades de la OPS, y también de Brasil, Guyana y Nicaragua se interrumpió rápidamente la transmisión del paludismo en Exuma.

186. Desde el año 2003 en Nicaragua se han ejecutado planes de acción en los 36 municipios con la mayor transmisión de paludismo, dirigidos especialmente a grupos vulnerables en zonas de difícil acceso y de extrema pobreza, muchos de los cuales son indígenas. En dichos municipios habita alrededor del 26% de la población del país y se concentra 93% de la carga de morbilidad por paludismo. En el período de 2003 a 2007,

los casos de paludismo han descendido en 54% y el índice parasitario anual ha bajado de 1,2 a 0,55 por 1.000 habitantes. El índice de láminas positivas en el 2006 fue de 0,65%, el más bajo en la historia del programa de paludismo. A partir del 2006 y por primera vez en la historia del sistema de vigilancia epidemiológica del paludismo, los datos acerca de los casos positivos se desglosaron por etnia. Como parte de la iniciativa “Hacer retroceder la malaria”, la OPS ha promovido la adopción del tratamiento de cura radical de 7 días. Ha brindado un apoyo sistemático a las intervenciones y al monitoreo continuo de los planes de acción.

#### **Programa Regional de Control de Vectores de la Malaria sin el Uso de DDT en Centroamérica y México**

Para combatir los efectos adversos del diclorodifeniltricloroetano (DDT) y otros insecticidas persistentes en la salud humana y en el medio ambiente, en agosto de 2003 se inició el Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin el Uso de DDT en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá. El programa, cuyo objetivo ha sido demostrar la eficacia del uso de métodos distintos de la aplicación de DDT, ha dado muy buenos resultados.

El Programa Regional, financiado por el Fondo para el Medio Ambiente Mundial (GEF) por un período de tres años, representa la segunda fase de un proyecto que en su primera etapa (2000-2002) consistió en recaudar información acerca del uso de DDT y de las medidas de control del paludismo en la subregión. Se trata de uno de los primeros proyectos emprendidos en el mundo para poner en práctica las recomendaciones de la Convención de Estocolmo sobre los Contaminantes Orgánicos Persistentes, adoptada en 2001. En los países donde se ha aplicado, pero sobre todo en México, el Programa Regional ha demostrado que el vector del paludismo se puede controlar sin DDT y con medidas integrales basadas en la participación de la comunidad y la colaboración entre entidades gubernamentales, ONG y la sociedad civil.

#### ***La respuesta frente a la gripe aviar y pandémica***

187. De acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 (RSI 2005) y con los mandatos de los Cuerpos Directivos y de la V Cumbre de las Américas de noviembre de 2005, la OPS ha apoyado a los Estados Miembros en la elaboración de planes nacionales de preparación para una pandemia de gripe. Cuando una nueva cepa del virus de la gripe muta para transmitirse de una persona a otra, la enfermedad puede propagarse rápidamente, dando lugar a una pandemia que podría agotar los recursos de los Estados Miembros. La posibilidad de que surja una cepa de tales características ha obligado a los países a elaborar planes de preparación nacionales. Afortunadamente, el virus H5N1 que causa la gripe aviar, que es sumamente patógeno, sigue afectando principalmente a las aves domésticas, con casos muy esporádicos en seres humanos. Hasta la fecha no se ha notificado ningún caso de un animal infectado en las Américas.

188. A mayo de 2007, todos los Estados Miembros llevaban a cabo actividades de preparación ante una pandemia de gripe, y la OPS había recibido proyectos de planes nacionales de 28 Estados Miembros. Todos los países habían recibido adiestramiento sobre la comunicación de riesgos de brotes de la enfermedad como parte del proceso de preparación y alerta frente a una posible pandemia de gripe. Se celebraron talleres donde se subrayó la necesidad de fortalecer las vías de comunicación antes y después de un brote y a lo largo de su duración.

189. La cooperación técnica de la OPS se ha encaminado a fortalecer las competencias básicas de los Estados Miembros para detectar y responder a situaciones inusuales o inesperadas, tal como establece el RIS 2005. Para fortalecer los sistemas de alerta anticipada en los países se preparó con los CDC un nuevo protocolo genérico para la vigilancia de la gripe según el cual cualquier caso aislado causado por un nuevo subtipo vírico se tiene que notificar de inmediato a la OMS. La introducción del protocolo ha comenzado en el Caribe, Centroamérica y el Cono Sur. En la subregión del Caribe, su ejecución está en marcha en siete países bajo la coordinación del CAREC y de los puntos focales del ECC. También se han reforzado los laboratorios en los países y la vacuna contra la gripe estacional se ha introducido gradualmente en la Región.

190. La OPS ha establecido en su Sede el Centro de Operaciones de Emergencia, que cuenta con capacidades de red, computadoras, comunicaciones, software y otros equipos necesarios para coordinar la respuesta de la OPS en situaciones de emergencia. La OPS también ha ayudado a capacitar a los funcionarios nacionales en la comunicación de brotes y crisis y a establecer estrategias de comunicación detalladas como parte de sus planes de preparación. En julio de 2006 se celebró en Washington, D.C., un taller de formación de instructores en el que participaron 80 funcionarios de casi todos los países de las Américas. Actualmente, todos los países de la Región tienen al menos un instructor capacitado.

191. En julio de 2006 la OPS patrocinó el Marco de Comunicación Interinstitucional de la Gripe Aviar e Influenza Pandémica en las Américas y ha coordinado sesiones informativas para el Congreso de los Estados Unidos, la Junta de Gobernadores del BID, el Consejo Permanente de la OEA, el Departamento de Estado de los Estados Unidos y el Banco Mundial. Como producto de estos encuentros, se ha realizado un proyecto interinstitucional sobre gripe aviar e influenza pandémica entre la OPS y el BID.

192. Las representaciones de la OPS/OMS han sido las coordinadoras de los equipos nacionales de los organismos de las Naciones Unidas para la gripe aviar e influenza pandémica en 25 de 28 países que cuentan con oficinas de las Naciones Unidas. Las actividades mencionadas se han llevado a cabo con el apoyo económico de la USAID, los CDC, el BID, la OMS y la CIDA.

193. Uruguay proporciona un ejemplo de preparación para la eventualidad de una pandemia de gripe con coordinación eficaz y participación comunitaria, que ha generado

un plan de trabajo utilizable para brotes, epidemias, accidentes y desastres. La estrategia de Uruguay se ha caracterizado por la descentralización y el desarrollo local de las actividades de preparación. En el país se han celebrado un taller subregional, un taller nacional y tres talleres departamentales.

194. La República Dominicana ha preparado un plan antipandémico con la cooperación de la OPS y el apoyo regional y de la USAID y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), entre otras entidades. El plan contempla el desarrollo de la comunicación social y prevención de riesgos en los grupos más vulnerables, especialmente los trabajadores de la salud, los granjeros y el personal del campo. El país ahora cuenta con personal técnico capacitado en técnicas de laboratorio, equipo multiplicador de respuesta rápida para la emergencia, y un plan de contingencia y preparación para la gripe aviar.

#### **Cuba se prepara para la gripe aviar y pandémica**

Cuba ha preparado el plan nacional de preparación para la gripe aviar, en el cual participan varias instituciones y niveles de gestión. Los ministerios a cargo del seguimiento y la ejecución del plan son el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de la Agricultura.

El país ha participado en diversas reuniones internacionales para la preparación de funcionarios de los distintos sectores que participan en estos planes (salud pública, agricultura, veterinaria, comunicación), complementando así la preparación de los recursos humanos nacionales en otras áreas, tales como los aspectos regulatorios y de normas, servicios, vigilancia, respuesta a brotes, vacunación, medición de impacto y evaluación de planes.

Se ha sistematizado la gestión de la información y el conocimiento y se han creado instrumentos de autoevaluación y medición de impacto. También se ha mejorado el proceso de planificación y organización mediante planes de acciones y la instrumentación de un protocolo genérico de vigilancia. La OPS en Cuba tuvo a su cargo los aspectos técnicos del plan de contingencia del personal de las Naciones Unidas en el país frente al peligro de la gripe aviar.

#### **Las enfermedades tropicales y desatendidas**

195. En América Latina y el Caribe hay una enorme carga de morbilidad por enfermedades tropicales y zoonosis. Se trata de enfermedades que predominan en las zonas rurales y cuya transmisión se ve facilitada por las malas condiciones habitacionales propias del subdesarrollo. Por eso la lucha contra estas enfermedades está inexorablemente ligada a varios de los ODM.

196. En el contexto de los ODM, la OPS ha emprendido una iniciativa contra las llamadas enfermedades desatendidas, cuyas víctimas suelen pertenecer a los estratos más pobres y vulnerables de la sociedad, y habitan por lo general en zonas tropicales y subtropicales. A lo largo de los años los sectores de salud y laboratorios farmacéuticos, atentos a otras prioridades, han mostrado muy poco interés en estas afecciones, pese a que constituyen un grave impedimento para el desarrollo y el bienestar humano por su enorme impacto económico y social.

197. Se trata de enfermedades como la enfermedad de Chagas (desatendida en ciertas partes de la Región a pesar de los notables adelantos en su control en el Cono Sur), la dracunculosis, la úlcera de Buruli, la fiebre amarilla, el cólera, las enfermedades alimentarias causadas por tremátodos (tales como la fascioliasis), algunas treponemosis (la sífilis congénita entre ellas), la infección por virus Hanta, la peste, la cisticercosis, la leishmaniasis, la hidatidosis, la leptospirosis, la filariasis linfática, la oncocercosis, la esquistosomiasis, las geohelmintiasis, el tracoma, y las fiebres hemorrágicas de origen vírico (salvo por la fiebre hemorrágica del dengue, que no se considera desatendida). Las víctimas de estas dolencias a menudo sufren discapacidades que les impiden llevar una vida normal y que las hacen propensas a la marginación social.

198. En el mundo hay varios programas para eliminar o controlar las geohelmintiasis, la esquistosomiasis, la oncocercosis y la filariasis linfática, cuyas líneas de acción se han venido aplicando en la Región. La OMS y la OPS tienen resoluciones para eliminar la oncocercosis y la filariasis linfática como problemas de salud pública, y la OPS ha puesto en marcha en el quinquenio su Programa Regional de Enfermedades Parasitarias y Desatendidas, iniciativa orientada a prevenir, tratar o eliminar simultáneamente muchas de estas enfermedades de una manera integrada, interprogramática e intersectorial. Este tipo de enfoque tiene especial utilidad en la lucha contra las enfermedades parasitarias y desatendidas en vista de que algunas intervenciones son eficaces contra varias de ellas.

199. La OPS ha reparado en la necesidad de abandonar los programas verticales, caracterizados por la definición centralizada de las políticas. En la actualidad algunas enfermedades desatendidas son objeto de intervenciones a pequeña escala en Brasil, Belice, Bolivia, Ecuador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Suriname. Están en marcha esfuerzos por fortalecer las alianzas con los bancos de fomento internacional, el Programa Mundial de Alimentos, las ONG y los laboratorios farmacéuticos, que donan los medicamentos necesarios para sostener los programas de eliminación. En todas partes se requieren la participación comunitaria y el fortalecimiento de la infraestructura y el personal capacitado ya existente.

### ***La enfermedad de Chagas***

200. Se calcula que en la Región 40 millones de personas están expuestas al peligro de contraer la enfermedad de Chagas, cuyo control en varios países se descuidó por muchos años por tratarse de una enfermedad de áreas rurales y poblaciones muy pobres alejadas de los centros urbanos.

201. El programa regional de Chagas, con sede en Uruguay, tiene una participación muy activa en la lucha internacional contra la enfermedad por medio de cuatro iniciativas subregionales que abarcan el Cono Sur, Centroamérica, la zona amazónica y la subregión andina. Antes de 2003 ya se había logrado reducir en 94% la incidencia de la enfermedad de Chagas en siete países del Cono Sur, y el 9 de junio de 2006, la Comisión Intergubernamental del Cono Sur para la Eliminación de *Triatoma infestans* e Interrupción de la Transmisión Transfusional de la Enfermedad de Chagas certificó la interrupción vectorial de la enfermedad en el Brasil, etapa técnicamente indispensable para más tarde eliminar el vector.

202. En la subregión andina la lucha sigue activa por conducto de la Iniciativa de los Países Andinos de Control de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas, que en el transcurso del quinquenio de 2003-2007 celebró tres reuniones subregionales.

203. A lo largo del quinquenio de 2003-2007, el programa regional de Chagas de la OPS ha continuado las actividades de cooperación técnica y aprovechado las alianzas ya establecidas con organismos como la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), la CIDA (Canadá), Médicos sin Fronteras, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Cruz Roja y la Comunidad Europea. Su misión consiste en brindar cooperación técnica a los países dondequiera que la enfermedad es endémica con el fin de interrumpir la transmisión vectorial domiciliar de *Trypanosoma cruzi*, contribuir a la interrupción de la transmisión transfusional del parásito y mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la vigilancia de la enfermedad.

204. Teniendo como antecedentes los buenos resultados obtenidos en el Cono Sur, la OPS ha venido impulsando en Centroamérica la Iniciativa de los Países de América Central para el Control de la Transmisión Vectorial, Transfusional y la Atención Médica de la Enfermedad de Chagas (IPCA), que se lanzó en Tegucigalpa, Honduras, en 1997. En el marco de esta iniciativa la OPS y la JICA han venido colaborando mutuamente para impulsar el control de la enfermedad de Chagas, en Guatemala desde 2000 y en Honduras y El Salvador desde 2003.

205. Los proyectos de la JICA y la OPS en Centroamérica están coordinados con los de otras agencias internacionales, tales como la CIDA (Canadá) y Visión Mundial. La OPS proporciona cooperación técnica y evalúa las actividades de los proyectos. La coordinación entre varios donantes es particularmente evidente en Honduras, donde el Ministerio de Salud ha generado un plan estratégico nacional de cinco años con arreglo al cual todos los donantes están armonizando sus actividades. La JICA ha colocado un asesor regional en la Representación de la OPS en Honduras para reforzar aún más su colaboración con la IPCA. Para la comunidad internacional la coordinación lograda en Honduras ha sentado un ejemplo.

### **La lucha contra la enfermedad de Chagas da buenos resultados en Guatemala**

El principal vector de la enfermedad de Chagas en Guatemala es *Rhodnius prolixus*, que se ha encontrado en 10 departamentos del país (cerca del 50% del territorio nacional). Se estimó que en 2002 había 4.022.000 habitantes (36% de la población guatemalteca) en riesgo de contraer la enfermedad. A partir del año 2002 se iniciaron en el país las intervenciones de control vectorial, principalmente contra *R. prolixus*, el tratamiento de todos los pacientes menores de 15 años y la cobertura ampliada del tamizaje de los donantes de sangre.

Han tenido un papel fundamental en la lucha contra la enfermedad de Chagas en Guatemala la JICA y Médicos sin Fronteras, y el gobierno guatemalteco ha participado en la contratación de recurso humanos, la ejecución de las acciones operativas y la extensión del tamizaje de los donantes de sangre. También ha aportado fondos equivalentes al doble de lo aportado por la cooperación internacional.

Guatemala eliminó el *R. prolixus* y logró controlar el *Triatoma dimidita*, con lo que la seroprevalencia en los niños disminuyó de 12 a 1% en los últimos 5 años. Se espera que para el 2010 se haya podido eliminar la transmisión en el país.

Habida cuenta de que Guatemala solía tener 33% de la población en riesgo de contraer la enfermedad de Chagas, 41% de la seroprevalencia y 45% de los casos agudos anuales en Centroamérica, al interrumpirse la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad gracias a la lucha entablada contra ella se redujo notablemente la carga de morbilidad subregional. Los buenos resultados obtenidos en Guatemala y la excelente coordinación interagencial posibilitaron la intervención financiera de la JICA en El Salvador y en Honduras, con proyecciones para Nicaragua y una segunda fase para Guatemala, y de la CIDA en Honduras y Médicos sin Fronteras en Nicaragua.

### ***La lepra***

206. La lepra es una enfermedad curable y, gracias a una buena detección de casos y a la eficacia y aplicación mundial del régimen terapéutico multimedicamentoso, ha dejado de ser un problema de salud pública en varios países. En la mayoría de los países caribeños, donde más prevalecía la enfermedad en épocas anteriores, se ha reducido la incidencia a unos pocos casos aislados al año, aunque Guyana, Jamaica, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago siguen teniendo una incidencia un poco más alta que los demás. El CAREC ha prestado su ayuda en tres de esos países con un subsidio de \$166.000; Suriname recibe ayuda directa de la Agencia Neerlandesa para el Alivio de la Lepra (*Netherlands Leprosy Relief* [NLR]). Los países caribeños donde sigue habiendo lepra cuentan con servicios dermatológicos conexos. No obstante, algunos sistemas de salud tienen incorporados componentes verticales para el control de la enfermedad. Conforme a la estrategia mundial de la OMS, la OPS se esfuerza por integrar las actividades de control en el sistema de APS.

207. El Paraguay, país donde la prevalencia de lepra siempre fue elevada, la enfermedad se eliminó como problema de salud pública nacional en el 2001, y en el 2003 la OPS ayudó a realizar el segundo monitoreo en conexión con la eliminación de la lepra. Los resultados obtenidos dieron origen al desarrollo y a la revisión de planes de acción destinados a eliminar la enfermedad en los niveles subnacionales. En el 2005, la atención y el seguimiento del paciente de lepra se incorporaron en las actividades de APS en varias partes del país y en el 2006 y 2007 los esfuerzos se han concentrado en fortalecer la capacidad institucional del programa de lepra, tanto en el nivel central como en las cinco partes del país de mayor prioridad.

208. También cabe destacar la situación de Brasil, segundo país de la Región en cuanto a la incidencia anual de lepra y uno de los cinco países que todavía no han logrado eliminar la enfermedad. En 2006 se detectaron 47.612 casos nuevos de lepra en el territorio nacional, 15% de ellos en menores de 15 años. Afortunadamente, la lepra es una de las enfermedades a las que el gobierno ha dado prioridad y las acciones de control están integradas en los servicios de atención básica. Más de 64.715 personas en el país reciben tratamiento con poliquimioterapia. Gracias a la acción coordinada del sector de la salud, la OPS, dos centros colaboradores de la OPS/OMS y otras entidades, Brasil ha logrado su meta de reducción nacional y espera alcanzar sus metas subnacionales para 2010 mediante una combinación de estrategias.

209. Con la cooperación técnica de la OPS y las aportaciones económicas de la Fundación Sasakawa y la Asociación Alemana de Ayuda al Enfermo de Lepra los países han tomado diversas medidas para eliminar la enfermedad como problema de salud pública.

### ***La fiebre amarilla***

210. La fiebre amarilla es una enfermedad silvestre en América del Sur y en algunos países del Caribe donde las condiciones ecológicas permiten la presencia de vectores competentes y de vertebrados susceptibles. En la Región, los países con áreas enzoóticas son Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Guyana Francesa, Panamá, Perú, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela. Del 2003 al 2007, cinco de estos países notificaron 596 casos, principalmente de transmisión silvestre y en agricultores, viajeros, practicantes de ecoturismo e inmigrantes sin inmunidad que penetraron en las zonas de peligro.

211. Los países más afectados han avanzado mucho en el control de la fiebre amarilla gracias a la adopción, con el apoyo de la OPS, de planes nacionales en los que se ha incluido la vacunación de los habitantes de las zonas enzoóticas y de los lugares de donde suelen provenir sus inmigrantes. En particular Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela han incluido la vacunación contra la fiebre amarilla en sus esquemas de vacunación nacionales para la población de un año de edad.

212. Tras la puesta en práctica de los planes de control de la fiebre amarilla se ha observado una disminución de los casos en la Región. Sin embargo, es importante continuar con la vacunación de los habitantes de áreas de riesgo y de emigración, así como mantener una alta cobertura de vacunación en las nuevas cohortes de un año de edad en países con áreas enzoóticas.

### ***La hidatidosis***

213. Ha habido grandes adelantos en torno a la hidatidosis (o quiste hidatídico) en América Latina y el Caribe, donde la OPS ha reforzado las medidas de erradicación de la enfermedad en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Paraguay, Perú y otros países. Según la Organización Mundial de Sanidad Animal, ya hay algunas zonas sin hidatidosis en la Región.

#### **Proyecto para eliminar la hidatidosis de la Isla de Tierra del Fuego, Chile, y controlarla en los territorios circunvecinos**

A fines de los años setenta, la prevalencia de la hidatidosis en caninos, bovinos y ovinos superaba el 45, 80 y 55%, respectivamente, tanto en la parte argentina como en la chilena de la Isla de Tierra del Fuego. Desde entonces se han llevado a cabo intervenciones para reducir esta prevalencia y mitigar el peligro de infestación en la población humana. Gracias a ellas, en los años noventa la prevalencia de hidatidosis en ovinos se había reducido a menos de 7%. Sin embargo, desde hace varios años las actividades de control se han debilitado y a la fecha no sólo no se ha eliminado la enfermedad, sino que se corre el riesgo de perder los adelantos alcanzados.

Expresiones de interés por parte de Argentina y Chile han llevado a la OPS a aprobar recientemente un proyecto de cooperación técnica entre países cuyo propósito es analizar la viabilidad política, técnica, institucional y financiera de formular un programa de control para eliminar la hidatidosis de la Isla de Tierra del Fuego. De consolidarse esta iniciativa, sería la primera vez que en América se eliminaría la enfermedad de un territorio donde ha sido endémica, con lo cual se generarían las condiciones para un mejor control en la parte continental de ambos países, en particular en las provincias de Punta Arenas y Última Esperanza en Chile y de Santa Cruz en Argentina.

### ***La filariasis linfática***

214. Esta enfermedad afecta a más de medio millón de personas en la Región, donde otras 6 a 8 millones, como mínimo, están en riesgo de contraerla. En América Latina y el Caribe, la filariasis linfática es endémica en siete países (Brasil, Costa Rica, Guyana, Haití, República Dominicana, Suriname y Trinidad y Tabago), pero en tres de ellos – Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tabago— se ha verificado la ausencia de la transmisión. De hecho, todo indica que la Región podría llegar a ser la primera del mundo en eliminar la enfermedad, gracias a importantes adelantos regionales en el

control de la morbilidad y la investigación operativa, así como a las muchas alianzas y asociaciones que se han producido entre los distintos países, la comunidad internacional, diversas ONG y el sector privado. En el contexto del Programa Mundial de la OMS para la Eliminación de la Filariasis Linfática, la OPS y la GlaxoSmithKline (GSK) se han unido en la lucha por eliminar la enfermedad del continente.

215. Las actividades de investigación operativa han sido extensas en la Región. Profesionales de la salud de Brasil, Haití, República Dominicana y Trinidad sostienen un continuo intercambio de experiencias que pronto se extenderá al uso de sistemas de información geográfica para mapear los focos de transmisión. Los socios de la OPS en la Región, tanto empresariales como institucionales, entre los que destaca la Fundación de Bill y Melinda Gates, han aportado gran apoyo a lo largo del quinquenio. Los Centros de Apoyo contra la Filariasis Linfática en la Universidad de Emory, en Estados Unidos, la Escuela de Medicina Tropical en Liverpool, Inglaterra, y el centro colaborador de la OPS/OMS en materia de filariasis linfática que se ubica en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han seguido apoyando las actividades de control en las Américas.

### ***La leishmaniasis***

216. Los tipos cutáneo y visceral de leishmaniasis constituyen un problema creciente en las zonas rurales y periurbanas de muchos países de la Región, desde el norte de Argentina hasta el sur del estado de Texas, Estados Unidos, con casi 35.000 casos notificados en el Brasil sólo en 2003. La leishmaniasis mucovisceral, forma desfigurante que puede presentarse después de la afectación cutánea, es una enfermedad endémica en México y en algunos países de Centroamérica y Sudamérica. El Perú tiene una alta prevalencia de leishmaniasis, sobre todo cutánea. Chile y Uruguay son los únicos países que no han notificado casos. Sin embargo, la notificación insuficiente o la falta de información son comunes en las zonas donde estas enfermedades se suelen encontrar.

217. La Región cuenta con un Programa Regional de Leishmaniasis que colabora con el Programa Regional de Enfermedades Parasitarias y Desatendidas. Sus actividades se concentran en establecer sitios centinela para la vigilancia, encontrar medicamentos nuevos y más baratos, incrementar el acceso a los servicios de salud, fomentar la investigación, formular pautas de diagnóstico y definición de casos, formar grupos de trabajo en los países y evaluar los resultados de las intervenciones.

218. La leishmaniasis es una enfermedad prioritaria para el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales del UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR), con el cual interactúa el Programa Regional de Investigaciones en Enfermedades Transmisibles.

### ***La oncocercosis***

219. Cerca de medio millón de personas en la Región están en riesgo de contraer la oncocercosis, conocida también por “ceguera de los ríos”, que en la Región plantea un problema especialmente grave en una zona extensa de comunidades remotas en la frontera amazónica entre Brasil y Venezuela. La eliminación de la enfermedad es la meta de una iniciativa multinacional y multiinstitucional, con sede en Guatemala, conocida por Programa de Eliminación de la Oncocercosis de las Américas. Las actividades de este programa se centran en los seis países donde la enfermedad es endémica —Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela— y consisten principalmente en fomentar la administración a gran escala de la ivermectina cada 6 meses con la meta de tratar a un mínimo de 85% de la población en riesgo de enfermar durante 12 a 14 años. La OPS participa activamente, junto con el laboratorio Merck & Co., Inc., los CDC, el Centro Carter, la Fundación Internacional del Club de Leones y diversas instituciones académicas de la Región. Las actividades emprendidas en la Región se vinculan con la Iniciativa Mundial para la Eliminación de la Ceguera Evitable, conocida también como Visión 20/20: El derecho a ver, que se lanzó en 1999 como alianza entre la OMS y el Organismo Internacional de Prevención de la Ceguera.

220. En 2003, todos los países con oncocercosis endémica alcanzaron la cobertura fijada con quimioterapia. Esa cobertura se ha mantenido desde entonces, con lo que se torna factible reducir la transmisión a la mitad para fines del decenio. Gracias a este acontecimiento, ya no ha habido casos nuevos de ceguera a causa de la enfermedad y se ha logrado interrumpir la transmisión en seis de las 13 zonas endémicas. En el otoño de 2003 se calculó que harían falta \$15 millones para eliminar la oncocercosis de la Región para 2010. La Fundación de Bill y Melinda Gates aportó para ese fin un monto inicial de \$5 millones e instó a otros donantes a aportar la misma cantidad, prometiendo donar un monto equivalente por cada donación. Con el apoyo de más de 70 donantes, se generaron los fondos necesarios cuatro años antes de la fecha límite. La meta de eliminar la oncocercosis del territorio americano está próxima a cumplirse.

### ***El tracoma***

221. Esta enfermedad, que puede causar ceguera por afectación de las conjuntivas oculares, sigue siendo hiperendémica en Brasil, Guatemala y México. La OPS ha venido aplicando la estrategia SAFE (surgery, antibiotics, facial cleanliness y environmental improvement) de la OMS, que se encamina a eliminar la enfermedad mundialmente, con un enfoque comunitario y en el contexto de la APS y como parte de la Alianza para la Eliminación del Tracoma con Ceguera para el año 20/20 (GET 20/20). El componente E de la estrategia depende en gran medida de la educación, el saneamiento ambiental y la reducción de la pobreza, de tal manera que cualquier progreso al respecto se medirá a la luz del cumplimiento de los ODM. Como en el caso de la oncocercosis, muchas de las actividades de lucha en la Región se vinculan con la Iniciativa Mundial para la Eliminación de la Ceguera Evitable.

### ***La sífilis congénita***

222. La sífilis congénita se puede prevenir con una sola dosis de penicilina. No obstante, se calcula que en América Latina y el Caribe nacen cada año más de 100.000 niños con la enfermedad. Para ayudar a los países a combatir el problema, la OPS ha encabezado la creación de un grupo inter programático con el fin de reforzar las medidas preventivas en el plano regional. La OPS también está recolectando datos epidemiológicos para tener cifras de referencia y está realizando un estudio en tres países para determinar la magnitud de la subnotificación de casos, que es grande, y también ha modificado la ficha clínica perinatal para facilitar la detección y el tratamiento tempranos de la enfermedad y mejorar las estadísticas de incidencia.

### ***La esquistosomiasis y las geohelmintiasis***

223. La esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo siguen siendo las enfermedades parasitarias de mayor prevalencia en el mundo. La OPS calcula que 20 a 30% de todos los latinoamericanos están infectados por parásitos intestinales y que esta cifra asciende a 50% en los estratos pobres y a 95% en algunas tribus indígenas.

224. Varios países han reconocido la magnitud del problema sanitario que plantean la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo y durante muchos años han llevado a cabo actividades de control con excelentes resultados. En Brasil, la morbilidad y mortalidad debidas a la esquistosomiasis se han reducido enormemente. Otros países, como las islas menores del Caribe, Puerto Rico y Venezuela, se están acercando a la meta de la eliminación o ya la han alcanzado.

### **El agua potable y el saneamiento**

225. La pobreza que se observa en muchos sectores de América Latina y el Caribe está asociada con condiciones de saneamiento precarias que tornan a las poblaciones propensas a muchas enfermedades transmisibles. Se calcula que en el año 2000 alrededor de 45% de las poblaciones rurales en América Latina y el Caribe carecían de acceso a agua potable y a sistemas de saneamiento básico, clara manifestación de las marcadas inequidades existentes entre los sectores pobres de la sociedad y los más aventajados. Afortunadamente, a lo largo del quinquenio la mayoría de los países de la Región, apoyados por la OPS y muchas otras entidades, han obtenido resultados en esta área que permiten pronosticar que para fines del 2007 se habrá alcanzado la meta de reducir en 25% el déficit en el abastecimiento de agua potable y servicios de saneamiento en América Latina y el Caribe, aunque no en las zonas rurales de los países más pobres.

226. Para mayo de 2007, alrededor de 10 países (28% de los Estados Miembros) tenían políticas nacionales y cerca de 20 (55%) tenían planes nacionales para el manejo de los residuos sólidos. En países como Colombia y Perú, las autoridades locales han preparado

planes generales muy completos, conforme la ley, mientras que en otros, como Argentina, Brasil, Cuba, México y Uruguay, se han preparado planes maestros para la eliminación y tratamiento de los desechos sólidos en las grandes urbes.

227. La OPS, junto con la OMS, ha preparado nuevas normas acerca de la calidad del aire y las está poniendo en vigor en la Región. Las normas se están diseminando por la vía electrónica y en forma impresa. También se ha preparado una publicación regional sobre los efectos de la contaminación del aire en la cual se señalan algunas de las medidas que están tomando en ese campo los países de América Latina y el Caribe. La publicación contiene principalmente información acerca de algunas zonas metropolitanas de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Perú y Puerto Rico, donde la mayoría de las actividades de los programas consisten en el control continuo de la calidad del aire ambiental y la determinación de su procedencia. Algunos países, tales como Bolivia, Perú y Puerto Rico, han creado programas cooperativos con el apoyo de otros programas internacionales (p. ej., Swisscontact y la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos, EPA).

228. En junio del 2005 se celebró la Reunión de Ministros de Salud y Ambiente en Mar del Plata, Argentina, con la presencia del ex Director General de la OMS, Dr. Lee Jong-wook (q.e.p.d.), quien pronunció el discurso de apertura. En dicha reunión se emitió la Declaración de Mar del Plata, en la cual se hizo hincapié en la cooperación regional centrada en tres áreas prioritarias: la gestión integrada de los recursos hídricos y residuos sólidos; el manejo seguro de las sustancias químicas y la salud ambiental de los niños, de la cual la OPS se hizo responsable.

229. En República Dominicana, las enfermedades asociadas con la mala calidad y baja cobertura de los servicios de agua y saneamiento contribuyen enormemente a la tasa de mortalidad de menores de un año, que en 1997 y 2002 se estimó en 31 por 100.000 nacidos vivos, según la última encuesta demográfica, ENDESA 2002. Para cumplir una de las metas del séptimo ODM, la República Dominicana ha puesto en marcha una estrategia dirigida a la población rural y de los barrios urbanos marginales con escasez de agua potable y servicios de saneamiento. La estrategia ha consistido en el monitoreo y la evaluación nacional de la meta, el ordenamiento institucional, el desarrollo de nuevas tecnologías y el fortalecimiento de los programas de vigilancia sanitaria y coordinación interinstitucional.

### **Programa Integrado de Desarrollo Sustentable y Saneamiento Ambiental de la OPS y el Instituto Caribeño de Sanidad Ambiental (CEHI)**

Ha habido una larga colaboración entre el Instituto Caribeño de Sanidad Ambiental (CEHI) y la OPS, que proporcionó asesoramiento y cooperación técnica para que se estableciera el Instituto como parte de la Comunidad y Mercado Común del Caribe (CARICOM). Los vínculos se han estrechado aun más con la iniciativa de Cooperación Caribeña en Salud, en la cual el CEHI actúa como agencia encargada del ambiente y la salud.

La OPS se propone fortalecer los lazos entre ambas agencias a fin de responder mejor y con mayor sinergia a las necesidades de los países, y propiciar un programa común más sólido para los países del Caribe oriental.

La OPS y el CEHI han acordado colaborar para crear y poner en marcha un programa integrado de salud ambiental para la zona del Caribe. El objetivo del acuerdo es reforzar la cooperación técnica que la OPS y el CEHI proporcionan a los países caribeños y promover una acción conjunta para mejorar el uso de los recursos y contribuir a mejorar las condiciones sanitarias y ambientales en los países.

La relación se nutre de la experiencia de los asesores técnicos de la OPS, sobre todo del Asesor de Salud Ambiental (EHA) en el CEHI, y se encamina a crear un programa estructurado en estrecha colaboración con los funcionarios de salud ambiental de los ministerios de salud en la comunidad caribeña y con interesados directos dedicados al desarrollo sustentable.

### **La contaminación del ambiente domiciliario**

230. La contaminación del ambiente domiciliario se relaciona con el tabaquismo y con el uso de fuentes de combustible fósil y biomasa para cocinar y calentar la vivienda, el cual sigue siendo común en las zonas rurales y periurbanas de algunos países. En 2005, la OPS organizó una serie de talleres de capacitación de cinco días de duración para empezar a crear capacidad regional en el área del control de la contaminación domiciliar y el uso de combustible fósil en las viviendas.

### **La salud ocupacional**

231. A los ocho países que han adoptado sistemáticamente sistemas de vigilancia en este campo —Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México, Panamá, Uruguay— se han sumado Ecuador y Venezuela, con nuevos sistemas de información para los accidentes ocupacionales, de especial utilidad para el sector de la salud. Brasil y Chile también han iniciado en sus sistemas de vigilancia nacionales el control y la notificación de los casos de silicosis. La participación de los centros colaboradores de la OMS —el National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) de Estados Unidos, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de Chile, la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) y FUNDACENTRO de Brasil— facilita la consecución de los objetivos.

232. La adopción de la “caja de herramientas” para mejorar los ambientes de trabajo en Centroamérica se sigue extendiendo a otros sectores industriales. Actualmente, 160 empresas han establecido comités de salud y seguridad, gracias a una alianza entre la OPS y FUNDACERSSO y al financiamiento de la OEA y del Ministerio del Trabajo de Canadá.

#### **Perú atiende a su agenda inconclusa en materia de salud ambiental**

Perú atiende a su agenda inconclusa en materia de salud ambiental como parte de un esfuerzo por defender los derechos humanos en el campo de la salud y de corregir las inequidades sanitarias en el país. Para documentar la situación de la salud ambiental, Perú, con la ayuda de la OPS, ha utilizado varios indicadores que permiten evidenciar las inequidades en el acceso a agua potable y saneamiento: la curva de Lorenz, el índice de Gini, la tasa de exclusión, el índice de inequidad y el índice de inversión en la salud. También se ha creado un sistema de información geográfica de última generación a base de Google Earth para visualizar mejor la distribución territorial de estas inequidades.

El uso de estos medios de análisis y comunicación ha permitido analizar más a fondo la situación de salud y ha desempeñado un papel decisivo en la inclusión de diversos programas y acciones en el plan de trabajo del gobierno central. Destacan entre ellos el programa Agua para todos, que busca extender a 97% la cobertura de los servicios de agua potable, y el Plan Nacional de Agua y Saneamiento, que ya superó la meta de la cobertura del saneamiento de 77% para 2015. En vista de que las metas de saneamiento y agua potable para el cumplimiento de los ODM son de 76% y 87% para 2015, respectivamente, en Perú la meta de saneamiento ya se ha alcanzado y la de agua potable se alcanzará sin dificultad alguna. También se han llevado a cabo distintos proyectos de construcción de viviendas seguras y un enorme proyecto de implantación de cocinas mejoradas en algunos departamentos para reducir la contaminación en el interior de las viviendas y la incidencia de infecciones respiratorias agudas en las alturas andinas.

### **CAPÍTULO 3: LOS LOGROS SANITARIOS ALCANZADOS Y LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA SALUD**

#### **La extensión de la protección social de la salud**

233. En los primeros años del siglo XXI, la pobreza, la exclusión social y la inequidad en la agenda política de los países y de los organismos internacionales han dado mayor espacio a la discusión sobre la protección social. El espacio institucional en que deben formularse y ejecutarse las políticas públicas ha adquirido una importancia mayor en el contexto regional, caracterizado por cuatro elementos: a) el cuestionamiento de las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa; b) la falta de una red articulada de protección social capaz de constituirse en la base del desarrollo social en el nuevo contexto; c) el compromiso de lograr los ODM para el año 2015; y d) una inquietud por la inequidad persistente, la exclusión social y la pobreza en los países de la Región.

234. En el marco de la cooperación técnica de la OPS, la protección social en el campo de la salud considera cuatro condiciones que se corresponden de forma directa con los factores determinantes de la exclusión sanitaria. Esas condiciones son el acceso a los servicios, la seguridad económica de los hogares y las familias, un financiamiento solidario y una atención de salud con calidad, dignidad y sensibilidad frente a la diversidad cultural.

235. En el último quinquenio se ha intentado reemplazar o complementar la organización tradicional de los sistemas de salud en las Américas con nuevos modelos, algunos de los cuales representan cambios importantes en el modo en que el Estado se organiza para formular y poner en práctica las políticas sociales. Algunos ejemplos son el Sistema Único de Salud de Brasil, el Ministerio de la Protección Social de Colombia, el Sistema de Seguridad Social en Salud de República Dominicana, los Seguros Nacionales de Salud de Aruba, Bahamas y Trinidad y Tabago, y el sistema de Garantías Explícitas en Salud de Chile.

236. Otros países han optado por crear planes limitados de financiamiento y provisión de bienes y servicios de salud que se centran en mejorar el acceso y los resultados de salud observados en grupos específicos de la población. Entre estos planes figuran Chile Solidario, el Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) de Bolivia, el Seguro Integral de Salud (SIS) de Perú, el Seguro Popular de Salud de México, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia de Ecuador, los Seguros Provinciales de Salud Materno-Infantil de Argentina, la Misión Barrio Adentro de Venezuela, la Extensión de Cobertura a Poblaciones Rurales de Guatemala, El Salvador y Honduras, y la política de protección a la familia de Nicaragua. En 2006, en la Región 16 países tenían o preparaban estrategias o intervenciones para extender la protección social sanitaria de las madres y los niños, especialmente en los estratos pobres y del sector laboral informal.

237. En noviembre de ese año se celebró en Tegucigalpa, Honduras, el “Foro Regional de protección social en salud para la mujer, el neonato y la población infantil en América Latina y el Caribe: lecciones aprendidas que apuntan el camino a seguir”. En el proyecto, que fue organizado por la OPS y patrocinado también por la USAID, la AECI y la SIDA, se examinó la situación general de la protección social de la salud en la Región y se emitieron recomendaciones para extenderla a la población materna, neonatal e infantil en todos los países. La información sirvió de base al documento preparado por la OPS “Esquemas de protección en salud para la población materno-infantil: lecciones aprendidas de la Región de América Latina”.

**Se celebra en Salvador de Bahía, Brasil, el XIII Congreso Iberoamericano de Seguridad Social**

Desde que se celebró en Barcelona en 1950 el I Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, varios países de la Región han adoptado programas de protección social o han ampliado o transformado los que ya tenían a fin de mejorar la protección ofrecida, los modelos de gestión y los métodos de financiamiento. Estos cambios han sido objeto de debate en los distintos congresos iberoamericanos celebrados desde entonces, incluido el que tuvo lugar del 23 al 26 de marzo de 2004, en Salvador, Bahía, Brasil.

En este Congreso se acordó la toma de medidas para ampliar la cobertura de los sistemas de seguridad social, especialmente de los servicios sociales y sanitarios, procurando lograr la máxima transparencia, eficacia y eficiencia posibles y establecer mecanismos para evitar el aprovechamiento indebido de las prestaciones y los privilegios especiales. Los países también acordaron velar por la igualdad de oportunidades y luchar contra todo tipo de discriminación, así como establecer mecanismos lo suficientemente flexibles para dar a los trabajadores de jornada parcial y a los contratados por periodos cortos el mismo acceso que tienen los demás a los sistemas de protección social.

### **El seguro social nacional de Bahamas**

En el periodo de 2002 a 2007, Bahamas creó un sistema de seguridad social siguiendo las recomendaciones de una comisión de acreditación nombrada por el primer ministro.

La iniciativa entrañó consultas con las partes interesadas, la provisión de capacitación técnica acerca de los principios del seguro social nacional, y la formulación de propuestas para fortalecer el sistema sanitario y el seguro. Uno de sus principales objetivos fue mejorar el acceso equitativo a la atención sanitaria procurando eliminar los obstáculos que lo dificultaban, sobre todo los que enfrentaban las personas sin un seguro privado que no podían costear ningún servicio que no proviniese del sistema público de salud.

La OPS proporcionó asesoramiento técnico a la comisión de acreditación durante la revisión de las distintas opciones de financiamiento y ayudó a elaborar la propuesta.

Bahamas determinó que el Sistema Integrado de Información de Salud (i-PHIS, por *Integrated Public Health Information System*) de Canadá era el que mejor se adaptaba a sus necesidades y preparó un anteproyecto para ponerlo a prueba en una fase piloto que se llevó a cabo en 2003 y 2004 y se evaluó a fines del 2004.

El i-PHIS es un programa automatizado e integrado de notificación y de control de fichas clínicas al que todo proveedor de atención sanitaria tiene acceso en el punto donde presta sus servicios. El programa mejora la continuidad de la atención y contiene la información necesaria para evaluar el estado de salud de toda la población y de subgrupos específicos dentro de ella, lo cual permite el estudio de los grupos más vulnerables y dónde hay brechas en el estado de salud de la población.

238. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud fue establecida por la OMS en el 2004 con el propósito de formular recomendaciones, basadas en las pruebas científicas disponibles, sobre intervenciones y políticas para modificar los factores determinantes de tipo social que inciden en la salud y disminuir las inequidades sanitarias. En la Región de las Américas, el lanzamiento de la Comisión tuvo lugar en Chile en el año 2005 y posteriormente otros países lanzaron sus comisiones nacionales sobre los determinantes sociales de la salud.

239. Con el apoyo de la OEA y de los gobiernos de Brasil y Chile se realizó en Brasilia en abril de 2007, una consulta con la sociedad civil que dio origen a la Carta de Brasilia sobre los determinantes sociales de la salud, en la cual se hizo un llamado a los gobiernos de la Región y los organismos internacionales a que se comprometieran a respaldar el proceso iniciado con la creación de la Comisión. A raíz de estos sucesos, la OPS realizó varias consultas y se encargó de llevar a cabo un proceso global de educación permanente para su personal y funcionarios de los gobiernos y representantes del mundo académico.

## **El legado de las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa**

240. En el marco de las reformas macroeconómicas de los años ochenta y noventa, varios países de la Región reformaron sus sistemas de salud a fin de incrementar la efectividad en función de los costos, la sustentabilidad económica y la descentralización y de darle al sector privado un papel más prominente.

241. En general, las reformas del sector sanitario se llevaron a cabo sin tener en cuenta las características de cada país, ni el grado de desarrollo de sus instituciones sanitarias. Más bien, los organismos multilaterales de asistencia económica promovieron ciertos modelos estandarizados que se centraban en algunos cambios financieros y administrativos, en la desregulación del mercado laboral y en la descentralización. En las reformas se prestó poca atención al efecto que pudieran tener estos cambios en determinados grupos, sobre todo en los trabajadores de la salud; no se articularon las distintas funciones de los sistemas ni se definieron los objetivos sanitarios nacionales. Aunque los procesos de reforma se orientaban hacia el desarrollo de un plan de trabajo regional que fomentara el pluralismo, la eficiencia y la calidad en la entrega de los servicios de salud, en la práctica se produjo una pérdida de la capacidad rectora del Estado, se debilitó de manera general el funcionamiento del sistema de salud y los asuntos propios de la esfera sanitaria quedaron relegados a un segundo plano.

242. Como parte de los esfuerzos por corregir la situación, del 17 de abril al 6 de mayo del 2005 se celebró en Nicaragua el Curso Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud dirigido a profesionales de la salud y a gerentes de nivel alto e intermedio. La organización y planificación de esta iniciativa fueron una labor conjunta de la OPS, la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (Sida) y distintos centros académicos de la Región.

## **El progreso en la renovación de la atención primaria de salud en la Región de las Américas**

243. Tras la aprobación, en septiembre de 2005, de la Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones para la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo) por el 46.º Consejo Directivo, varios países de la Región han revitalizado sus esfuerzos por incorporar los valores, principios y elementos esenciales de la atención primaria de salud (APS) como estrategia para el desarrollo de sus sistemas sanitarios nacionales. Asimismo, la prioridad que actualmente le otorga la OMS a la APS ha sido otro poderoso estímulo al compromiso de la OPS, reafirmado en 2003, de rescatar el espíritu de Alma-Ata y adaptarlo al nuevo contexto social.

244. La OPS impulsa una iniciativa para determinar el estado de las buenas prácticas de APS en cada país de la Región. Colabora en un proyecto impulsado por la alianza GAVI para fortalecer los servicios de salud en Bolivia, Cuba, Haití, Honduras y Nicaragua, y participa en un proyecto nacido de un convenio con el gobierno de

Antioquia, Colombia, para integrar los proyectos de MANA, AIEPI y APS en el país. La Organización está creando una red internacional de centros de excelencia en el campo de la APS, con la participación del sector académico y de los servicios de salud, con el fin de fomentar la generación y difusión de pruebas científicas en esa área. En su reciente documento de posición en torno a la renovación de la APS, la Organización ha expresado sus puntos de vista sobre la reorientación del sector de la salud y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios en la Región. Asimismo, en abril del 2007, la Revista Panamericana de Salud Pública dedicó un número especial a la APS.

245. En el primer nivel de atención, otras iniciativas se están poniendo en marcha para mejorar la calidad de los servicios de APS. Una de ellas es un proyecto de acreditación de las redes de APS basado en un sistema cuya validación se lleva a cabo mediante pruebas piloto en Brasil, Costa Rica y Nicaragua. El otro es un instrumento de evaluación para la gestión clínica, mientras que un tercer proyecto, en fase de preparación, busca mejorar la atención domiciliaria y comunitaria de los adultos mayores, sobre todo los que tienen limitaciones funcionales, en diversas capitales de la Región.

#### **Un modelo de atención integral de salud en Nicaragua**

En 2007, Nicaragua ha diseñado e iniciado el modelo de atención integral en salud (MAIS), caracterizado por un enfoque biopsicosocial, una atención integral, accesible, longitudinal y continua y un énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. El modelo, que se basa en la estrategia de la atención primaria de salud (APS), se centra en la familia, la comunidad, el medio ambiente y el individuo y busca garantizar un conjunto de prestaciones sanitarias durante todo el ciclo vital. Además del componente de la atención, el modelo tiene componentes de provisión, gestión y financiamiento.

La prestación de servicios a la población se fundamenta en dos pilares básicos: a) la delimitación del espacio en sectores constituidos por un máximo de 3.000 habitantes en el área rural y 5.000 habitantes en el área urbana y b) la asignación a cada sector de un equipo básico de atención (EBA) compuesto por un médico y dos miembros del personal de enfermería. El MAIS incorpora la educación popular en materia de salud como un elemento indispensable para lograr estilos de vida saludables. Organiza los establecimientos de salud públicos de modo que se orienta a a) mejorar las condiciones de salud de la población nicaragüense, b) satisfacer las necesidades de los servicios de salud, c) proteger contra las epidemias, d) mejorar la calidad de los servicios y e) fortalecer la articulación interinstitucional e intersectorial. El MAIS contempla actividades para la promoción, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación.

246. En la Sede de la OPS, las diversas áreas técnicas están incorporando la estrategia de APS en sus proyectos de cooperación técnica. La Unidad de Recursos Humanos (HSS/HR) está preparando una estrategia educativa para desarrollar las competencias de los equipos multidisciplinarios de APS, en consonancia con el enfoque de renovación.

También se están formulando, junto con la Unidad de Políticas de Salud (HSS/HP), distintas políticas e instrumentos para integrar los servicios de salud a los sistemas de salud basados en la APS y, próximamente, se lanzará un curso virtual para gerentes y líderes del área.

### **Las funciones esenciales de la salud pública**

247. En el 2000, la OPS lanzó la Iniciativa de Salud Pública en las Américas, cuya finalidad fue a) generar un consenso regional en lo referente al concepto de la salud pública y sus funciones esenciales; b) crear métodos para evaluar el desempeño de esas funciones en la Región, y c) encontrar estrategias para fortalecerlas sobre la base de los resultados de la investigación. Se creó un método para la autoevaluación de las funciones esenciales de la salud pública en el ámbito nacional y se promovió su aplicación. Como resultado, 41 países y territorios de América Latina y el Caribe llevaron a cabo sus evaluaciones en el 2001. A lo largo del quinquenio, la OPS ha ayudado a 12 países a realizar nuevas mediciones nacionales y a adecuar el instrumento para evaluar el desempeño de la salud pública en sus estados, departamentos, provincias y municipios. En Perú, por ejemplo, la Iniciativa ha facilitado la planificación de la salud pública en todos los departamentos. Las funciones esenciales de la salud pública, también, se están midiendo en cada provincia en Argentina. En los municipios y departamentos de Colombia la Iniciativa ha permitido incorporar los componentes de la salud pública en los planes de desarrollo nacionales y en los planes de trabajo de los gobiernos locales.

#### **Las funciones esenciales de la salud pública en Brasil**

Con la participación del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), en 2003, se celebraron en Brasil varias reuniones para debatir la Iniciativa de Salud Pública en las Américas y fortalecer las funciones esenciales de la salud pública. El CONASS y la OPS firmaron un acuerdo de cooperación técnica para adaptar y aplicar dichos métodos a la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. En los estados brasileños que voluntariamente solicitaron la cooperación, el proceso lo llevó a cabo un equipo conjunto de la OPS y el CONASS usando métodos y un instrumento adaptados a la realidad nacional mediante un proceso de consulta técnico y político. Todo el financiamiento provino de cada estado, el Ministerio de Salud, el CONASS y la OPS.

248. Si bien los planes formulados por los países antedichos se han orientado hacia el fortalecimiento de la salud pública y sus funciones esenciales, otros países y territorios, como Puerto Rico, se han concentrado en la organización institucional de la salud pública. La Escuela de Salud Pública de la Universidad Veracruzana en México ha aplicado estos conceptos para analizar la formación de los sanitaristas; Honduras los ha aplicado para formular políticas, y el Ministerio de Salud de Costa Rica los ha usado para desarrollar la investigación en el campo de la salud pública.

249. En términos generales, la Iniciativa de Salud Pública en las Américas ha permitido definir mejor las responsabilidades de las autoridades sanitarias en el ámbito nacional y territorial; identificar las funciones con un desempeño bajo; puntualizar las carencias en las áreas de infraestructura y capacidad, y formular planes para fortalecer la salud pública.

#### **La función rectora de la autoridad sanitaria**

Varios países de la Región han mostrado gran interés en aplicar el Instrumento de Medición del Rendimiento en la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) y el Instrumento para el Mapeo de la ASN. En República Dominicana, el uso de estos instrumentos en el nivel subnacional ha llevado a la generación de datos utilizados para elaborar planes de acción orientados a fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias locales. En marzo de 2007, la OPS patrocinó un taller sobre el tema, al que asistieron varios funcionarios de alto nivel de toda la Región.

250. En su interés por velar por la calidad de la atención de salud y fortalecer el papel rector de la autoridad sanitaria nacional, la OPS apoya acciones que buscan mejorar la capacidad estatal para responder a nuevos retos derivados de la globalización y el libre comercio.

251. La globalización, la proliferación de tratados de libre comercio y el incremento de la movilización e introducción de nuevos productos imponen nuevos retos en el campo de la reglamentación y el control estatal de la importación de materias primas usadas para fabricar medicamentos e insumos médicos y de la introducción y comercialización de equipos y nuevas tecnologías.

252. Con el apoyo de la OPS, Panamá ha iniciado un proceso para fortalecer sus sistemas de reglamentación de fármacos y tecnologías, para lo cual ha conformado grupos de trabajo interdisciplinarios con profesionales del Ministerio de Salud (MINSA), la OPS, la Caja de Seguro Social (CSS), la Universidad de Panamá, el Instituto Especializado de Análisis y el Colegio Nacional de Farmacéuticos. El país ha desarrollado una propuesta de ley que contempla cambios en las normas vigentes y la creación de una Autoridad Nacional de Medicamentos y Tecnología como ente autónomo adscrito al MINSA.

253. La OPS aportó el instrumento para la caracterización y el diagnóstico de los procesos de reglamentación y del papel del ente regulador. Logró, además, que la norma y los procesos adoptados por el país estén en armonía con las normas internacionales de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (PARF).

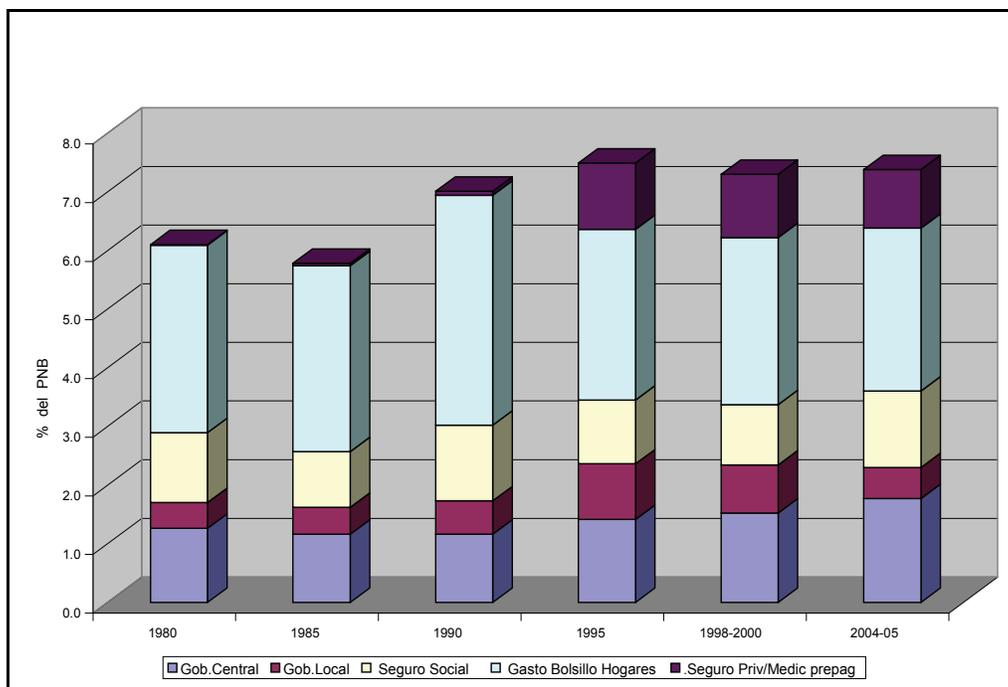
## **El gasto público de salud para garantizar el acceso universal a los servicios de atención**

254. El gasto público en salud es una de las principales herramientas de la política pública orientada a garantizar el acceso universal a los servicios de salud. En América Latina y el Caribe, si bien la relación del gasto total en salud con respecto al PIB, el cual incluye gasto público y gasto privado, tiene una tendencia creciente a partir de 1990 alcanzando aproximadamente un poco más del 7% del PIB; el gasto público en salud que incluye el gobierno central, los gobiernos locales y los seguros públicos de salud, alcanza apenas el 3,6% del PIB para los años 2004-2005. Esta relación se ha mantenido sin cambios importantes desde mediados de la década de los 90's. Los procesos de reforma de los 90's predicaron que el gasto público era suficiente y que el problema era la ineficiencia de ese gasto. Esto tuvo como consecuencia el severo congelamiento del incremento del gasto público en salud por casi una década, lo cual impactó en la capacidad de muchos países para garantizar el acceso universal a los servicios. Lo que es aún más alarmante es el invariable cambio por más de tres décadas de la relación gasto público/privado del gasto total, donde la participación del gasto privado se ha mantenido por encima del 50 por ciento por casi 30 años. Cabe señalar además que dentro del gasto privado, el gasto de bolsillo de las familias además de ser considerablemente alto, tampoco ha variado significativamente en el período señalado. Contrariamente es el caso de los países desarrollados de la OECD que exhiben incrementos en términos absolutos en el gasto público en salud y han mantenido una relación con respecto al PIB no menor al 6% en los últimos 10 años. Esto pone en evidencia que para garantizar el acceso universal a los servicios habría que alcanzar por lo menos una relación similar, independientemente del modelo y sistema de atención que cada país adopte.

255. El nivel deficiente de gasto público en salud se combina con la falta de mecanismos que garanticen que el financiamiento público beneficie a los grupos más desfavorecidos de la sociedad. Si bien varios países de la Región han puesto en práctica políticas y mecanismos que han tenido un impacto distributivo del gasto público en salud en los grupos de menores ingresos, todavía existen países en la Región que distan mucho en alcanzar dichos objetivos

256. En definitiva, la falta de un nivel adecuado de gasto público en salud y de mecanismos que garanticen que dicho gasto tenga un impacto distributivo, son los principales factores que atentan contra cualquier estrategia que persiga objetivos de reducción de pobreza, de acceso universal y de equidad en salud.

## AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: COMPOSICIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD (En porcentajes del PIB)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2006

257. A lo largo del quinquenio la OPS ha trabajado con los ministerios de salud, los bancos centrales, los institutos de estadísticas y ministerios de finanzas, en la producción anual de indicadores económicos y financieros de salud en el marco del Sistema de Cuentas Nacionales (SNA-1993) y de la clasificación funcional del gasto según el *Manual de estadísticas de finanzas públicas*. Como resultado, durante este periodo se ha propiciado el uso de indicadores económicos y financieros para la toma de decisiones y la generación de políticas públicas de salud. Asimismo, se han fortalecido los institutos, centros y departamentos de cuentas y economía sanitaria en los ministerios de salud y se ha mejorado la disponibilidad de estimados regionales del gasto sanitario con la aplicación del *Manual de cuenta satélite de salud*, lanzado por la OPS en julio de 2005.

258. Como experiencia exitosa a nivel de país, se destaca el trabajo realizado por la OPS en Costa Rica en el bienio de 2005 a 2007. Con el apoyo de una experta internacional, se diseñó y puso en práctica el método para crear la cuenta satélite de salud, que actualmente contiene información para los años 2004 y 2005. A partir del 2008 se proyecta incorporar la información de 2006 y 2007 y de cada año inmediato anterior.

259. Como resultado de este trabajo, se integró en el Ministerio de Salud un equipo de trabajo permanente constituido por especialistas en la economía de la salud. El mismo tiene como funciones por una parte, la de garantizar que cada institución responsable brinde cada año los insumos necesarios para generar la cuenta satélite de salud y por otra, la de integrar, analizar y divulgar la cuenta satélite y facilitar que las autoridades competentes tomen decisiones para lograr un financiamiento equitativo, suficiente y sustentable del sector sanitario.

### **Los recursos humanos capacitados son el eje fundamental de la salud**

260. Un papel crucial desempeña la fuerza de trabajo en el cumplimiento de los ODM y otros objetivos nacionales vinculados con la salud. En 2005, 28 países de las Américas y distintas agencias internacionales acordaron ciertas líneas de acción para superar las dificultades relacionadas con los recursos humanos. La Llamada a la Acción de Toronto, definió la necesidad de a) definir políticas y planes para satisfacer las necesidades fluctuantes de los sistemas de salud y generar la capacidad laboral para ponerlos en marcha y revisarlos periódicamente; b) colocar a los distintos tipos de personal donde sean necesarios; c) controlar la migración y el desplazamiento de los trabajadores de salud de manera que toda la población tenga acceso continuo a la atención sanitaria; d) crear ambientes ocupacionales sanos y e) fomentar la cooperación entre las instituciones docentes y los servicios de salud para cerciorarse de que el plan de estudios de los trabajadores sanitarios se adapte a las necesidades de la población.

261. En la OPS, el fortalecimiento de las políticas e información vinculadas con los recursos humanos se ha producido en conexión con la iniciativa de los observatorios de recursos humanos para la salud, que es una red de investigación, análisis, intercambio de información y promoción de la causa ideada para orientar las políticas en materia de recursos humanos.

262. La iniciativa del observatorio se creó con la finalidad de recoger información y pruebas científicas que sirvan de base para formular políticas, renovar y mejorar la fuerza laboral y fortalecer las relaciones entre los sindicatos, el mundo académico y las autoridades sanitarias para corregir las carencias y desequilibrios en la distribución de los trabajadores de salud.

263. Para 2006, a la red la constituían 26 países, cuando en sus inicios contaba solo con nueve, y además tenía más de 40 nódulos y estaciones de trabajo en una red ampliamente conocida que ha producido análisis y estudios nacionales y generado un movimiento que hoy en día es un componente ordinario de las actividades de planificación y diseño de políticas en los países americanos. En la actualidad, muchos de estos países, entre ellos Brasil, Colombia, Cuba, Nicaragua y Perú tienen incorporada una unidad del observatorio en la estructura institucional de sus ministerios de salud.

### ***La planificación de los recursos humanos de salud para 2006 a 2015***

264. En 2006, la planificación de los recursos humanos de salud se vio reforzada por el interés suscitado por el Día Mundial de la Salud y el informe de la OMS sobre la salud, titulado *Colaboremos por la salud*, y la celebración por la OPS de la Semana Panamericana de la Salud, los cuales llamaron la atención del mundo entero sobre la actual crisis de los recursos humanos. La iniciativa, que alguna vez fue de la OPS exclusivamente, ahora se ha convertido en una alianza entre distintas partes interesadas no sólo de las Américas, sino también de otras regiones que se responden a los mismos principios.

265. Aprovechando los compromisos de los países y el apoyo mundial, la Unidad de Gestión de Recursos Humanos (HRM) de la OPS y la Red Regional de Observatorios se aliaron con Brasil y Canadá, además de Costa Rica, Jamaica, Perú y otros países, a fin de crear el Comité Directivo Panamericano y un consorcio para la planificación de recursos humanos que garantice una respuesta coordinada a la Llamada a la Acción de Toronto. Dos subregiones (Centroamérica y los países andinos) iniciaron un intenso proceso de fortalecimiento de capacidades en las áreas de políticas y administración por medio de cursos en línea, adiestramiento en distintos puntos y actividades docentes de país en país.

#### **El Plan Decenal de Recursos Humanos 2006-2015**

Costa Rica ha participado en la preparación de un documento de posición sobre los desafíos en el área de los recursos humanos, así como en la reunión de Toronto de Llamada a la Acción para una Década de Recursos Humanos de Salud en las Américas 2006-2015 (*Call to Action for a Decade of Human Resources in Health in the Americas 2006-2015*). Ha creado, además, una comisión técnica intersectorial para el desarrollo de los recursos humanos que inició sus funciones en el 2005 y que apoya la formulación y adopción de la política nacional para la gestión de los recursos humanos de salud. Asimismo, cuenta con un Plan Decenal de Recursos Humanos 2006-2015 entre cuyas actividades figuran el establecimiento de un sistema de información sobre recursos humanos, la recertificación profesional, la investigación en el campo de los recursos humanos y el trabajo con instituciones de los diversos sectores, incluido el de la salud.

266. Este enfoque integrado multinacional confirma que un asunto que ha estado descuidado en los planes de trabajo sanitarios puede convertirse en el elemento central de las acciones internacionales en un periodo relativamente corto. Revela, asimismo, el valor del liderazgo a la hora de fomentar el compromiso internacional y la cooperación horizontal para iniciar movimientos de cambio nacionales y regionales.

267. Un componente central de esta estrategia de planificación de los recursos humanos, consiste en encontrar formas de frenar o reducir a un mínimo los efectos nocivos de la migración de trabajadores de la salud cuyas funciones son indispensables de países en desarrollo a países desarrollados. Aunque este fenómeno se observa mundialmente, toda la Región de las Américas ha aunado sus fuerzas para tomar medidas al respecto; Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, Perú, Uruguay y Venezuela participan en estudios multinacionales acerca de la migración de las enfermeras y los médicos en las Américas. Estos estudios sirvieron de base para un diálogo político entre los ministros de salud de América Latina y diversos países europeos que se encaminó a encontrar formas de contrarrestar su efecto sobre las poblaciones subatendidas. Los países de la CARICOM están estableciendo pautas para el movimiento e intercambio de recursos humanos de salud entre los países miembros para que los trabajadores de la salud puedan migrar dentro de la subregión sin empeorar la escasez de personal en los países de origen. Las pautas para la migración de los trabajadores sanitarios abarcarán estándares para el adiestramiento y la certificación y el intercambio de recursos desde los países de destino hacia los países de origen.

### **Los sistemas de vigilancia epidemiológica**

268. En junio de 2007, de un total de 21 países, 19 habían puesto en práctica el sistema de vigilancia subregional de las enfermedades transmisibles; 17 habían formulado manuales nacionales sobre el tema; 4 habían preparado manuales nacionales y 9 habían celebrado talleres de adiestramiento nacionales en materia de vigilancia.

269. La vigilancia epidemiológica es una de las funciones básicas del CAREC, el que trabaja con los Estados Miembros en la formulación de pautas y políticas nacionales y regionales. Durante la Copa Mundial de Críquet que tuvo lugar en nueve países del Caribe, se introdujeron sistemas de notificación en línea para facilitar la transmisión de datos y de información. Se espera ampliar esta iniciativa a medida que se sigan fortaleciendo los sistemas.

270. En años recientes las actividades de vigilancia se han ampliado hasta abarcar la creación de sistemas de vigilancia para las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Cuatro países han llevado a cabo encuestas poblacionales sobre estos factores y otros seis las están planificando. La OPS y el CAREC también colaboran con los países en la puesta en marcha del plan regional de enfermedades no transmisibles en el Caribe.

### **El Reglamento Sanitario Internacional**

Las autoridades nacionales de salud de Panamá han participado desde mayo de 2003 en la revisión del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y en la aprobación de su versión revisada en 2005. Esas autoridades establecieron un patrón de medidas de protección para los países en caso de declararse un problema de salud pública de alcance internacional, procurando que la respuesta sea oportuna.

Asimismo, en el país se difunde información y conocimientos técnicos respecto del nuevo RSI, que comprende medidas de alerta precoz y respuesta oportuna frente a los desafíos presentes y futuros planteados por las enfermedades infecciosas y otros problemas sanitarios de importancia para el país y para la comunidad internacional. En este contexto, Panamá ha tomado medidas para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la detección, prevención y contención de las enfermedades transmisibles, por considerar que una epidemia en el país, sea cual fuese su origen, podría propagarse rápidamente y producir pérdidas económicas que empeorarían la situación de las poblaciones pobres.

Los actuales factores condicionantes de tipo poblacional y ambiental, el tránsito internacional continuo de personas y mercancías, y la amenaza de una pandemia de gripe ponen de relieve la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica y la capacidad de análisis para aplicar intervenciones oportunas, fundamentadas en datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, que incrementen la eficacia de los servicios de salud del país y conformen un sistema eficiente de alerta y respuesta frente a emergencias de carácter epidémico.

Las autoridades sanitarias se encuentran desarrollando su Centro Nacional de Enlace, en lo relacionado a sus funciones, estructura básica y capacidad de recibir, analizar y transmitir información que en ocasiones puede ser política o económicamente sensible. Si bien el nivel de responsabilidad técnica de este punto focal lo constituye la unidad de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud, se desarrollan esfuerzos en lo relacionado a la detección, análisis, notificación y respuesta en tiempo útil, en los plazos que establece el RSI (2005).

Con el propósito de resolver limitaciones respecto a la implementación del RSI (2005), Panamá se encuentra liderando la propuesta del CTEP entre Centroamérica, República Dominicana y Cuba, que tiene el propósito de desarrollar y/o fortalecer capacidades y trabajo en red para prevenir, proteger y controlar la propagación internacional de enfermedades mediante respuestas de salud pública adecuadas a los riesgos, evitando interferencias innecesarias en el tráfico y comercio internacionales, conforme lo establecido en el RSI (2005).

271. El CLAP está preparando nuevas versiones del Sistema Informático Perinatal y del Sistema Informático del Adolescente, tarea que abarca la actualización del contenido de la historia clínica perinatal y de la historia clínica del adolescente con arreglo a las mejores pruebas científicas existentes. El propósito consiste en generar sistemas de información más eficientes que faciliten el registro de los datos y su análisis automático, así como el desarrollo de investigaciones operacionales, el monitoreo de la calidad de atención y la toma de decisiones. El CLAP está finalizando análisis de situación basados en las evidencias, dirigidos a apoyar los procesos locales para el desarrollo de normas de atención y la capacitación de recursos en salud reproductiva, materna y perinatal, con

enfoque en APS y siguiendo el concepto del continuo del cuidado. Estas guías se acompañan de diversas tecnologías que incluyen estándares y orientaciones de fácil uso e interpretación, que apoyan el proceso de atención que se recomienda en estas guías.

### **La vigilancia epidemiológica en el Caribe**

Los sistemas de vigilancia epidemiológica en la Región han cobrado una importancia crítica en años recientes. A raíz de los sucesos del 11 de septiembre de 2001 en los Estados Unidos y de la aparición desde 2003 del virus del Nilo occidental, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS), la encefalitis espongiiforme de Creutzfeld-Jacob (“enfermedad de las vacas locas”), la gripe aviar y otras enfermedades emergentes y reemergentes mortales de rápida propagación, algunos países del Caribe han solicitado la ayuda de la OPS para fortalecer sus sistemas de sanidad portuaria a fin de controlar la penetración de esas enfermedades en su territorio.

El turismo y el movimiento internacional de animales y productos suscitan problemas vinculados con la seguridad de los alimentos, el agua, las infecciones transmitidas por vectores, la exposición a ciertas enfermedades transmisibles importadas del extranjero, y la seguridad ocupacional. Para mayo de 2004, Bahamas, Barbados, Dominica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, y Trinidad y Tabago habían optado por colaborar entre sí con el propósito de mejorar su competencia en el campo de la sanidad portuaria.

Antes de que entrara en vigor el Reglamento Sanitario Internacional el 15 de junio de 2007, la CPC ya había elaborado una lista de puntos para facilitar la capacidad de las estructuras y recursos nacionales para cumplir los requisitos mínimos para poner en práctica el Reglamento. En colaboración con el Representante de la OPS/OMS en Suriname y las autoridades nacionales de ese país, la lista se ha usado para evaluar la capacidad de Suriname para llevar a la práctica los requisitos del Reglamento. Santa Lucía, también, la ha empleado para hacer su propia evaluación y otros países se preparan para usarla.

### **Los logros alcanzados en la lucha contra las enfermedades prevenibles mediante la vacunación**

272. Gracias al Programa Ampliado de Inmunización (PAI), en los últimos 10 años se ha avanzado mucho en la Región hacia la protección de los habitantes contra las enfermedades prevenibles mediante la vacunación, como indican la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y del tétanos neonatal, el control de la fiebre amarilla, y la introducción de la vacuna contra la rubéola y de la vacuna pentavalente. De hecho, la mortalidad a causa de la mayoría de las enfermedades contra las cuales existen vacunas se ha reducido en más de 90%. Estos logros han obedecido al compromiso sostenido de los gobiernos, los profesionales de la salud y la población en general.

273. En todos los países de la Región, excepto uno, se han introducido las vacunas contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), y en 34 países se usa la

vacuna combinada pentavalente contra la difteria, la hepatitis B y Hib. Desde que las vacunas contra Hib se introdujeron en los regímenes de vacunación del sector público, el número de casos notificados se ha reducido enormemente.

274. Antes de introducirse la vacuna antirrotavírica, la OPS está apoyando a los países a establecer un sistema de vigilancia de rotavirus (RV). El propósito de la vigilancia es determinar la carga de morbilidad en los países y los subtipos víricos que circulan en ellos.

275. En 13 países, incluidas las Antillas Neerlandesas y Aruba, se ha llevado a cabo una evaluación general del programa de inmunización, que ha mostrado áreas a reforzar. Todos los países han tomado medidas para corregir la mayor parte de las carencias detectadas. La evaluación se ha usado como estrategia para compartir experiencias e impartir destrezas a los profesionales de salud del país evaluador y a los miembros de los equipos procedentes de otros países.

276. Haití es el único país de la Región que aún no ha introducido las vacunas contra la rubéola, la hepatitis B y *H. influenzae* tipo b. Con el apoyo técnico de la OPS y el resto del Comité Coordinador Interagencial (CCI), estas vacunas se introducirán en los próximos dos años. Este año, la vacuna contra la rubéola se introducirá mediante una campaña nacional y quedará integrada en el régimen básico de vacunación. Además, se apoyará técnicamente al país en la presentación de una propuesta a la Alianza GAVI (conocida antes como Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización) para la introducción de la vacuna pentavalente contra la hepatitis B-Hib-DTP en 2008. La Unidad de Inmunización de la OPS continuará ayudando al programa nacional de inmunización de Haití a movilizar fondos y poner en práctica estrategias de sustentabilidad financiera, tales como la creación de leyes que establezcan una línea presupuestaria específica para la vacunación.

277. En el quinquenio de 2003-2007 Cuba introdujo tres vacunas en su régimen de vacunación: la vacuna sintética contra el Hib de producción nacional y única en el mundo; la vacuna tetravalente (DPT/HB) y la vacuna pentavalente (DPT/Hib/HB) de producción nacional. El país elaboró, además, un esquema de vacunación para proteger a más de 40.000 estudiantes latinoamericanos contra el sarampión, la rubéola, la hepatitis B, la enfermedad meningocócica y el tétanos. En general, el país mejoró el sistema de vigilancia al garantizar el análisis sistemático de los datos y la provisión de información confiable y oportuna.

278. En el quinquenio en Cuba han dejado de constituir problemas de salud pública la fiebre tifoidea y la infección por Hib, y la morbilidad y mortalidad vinculadas con la parotiditis, la enfermedad meningocócica y la hepatitis B han disminuido enormemente. Las coberturas de vacunación con todas las vacunas del régimen contra 12 enfermedades

superan el 95%. En 2004, se realizó la evaluación internacional del PAI. También se han apoyado diversas investigaciones y la negociación de un Proyecto GAVI para el fortalecimiento de los servicios de salud.

279. Guatemala mantiene estándares óptimos para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación y ha iniciado la vigilancia centinela de la diarrea por rotavirus, la gripe estacional, la meningitis y las neumonías bacterianas. La cobertura nacional con todas las vacunas supera el 90% desde el 2002. El país, donde no hay sarampión ni poliomielitis, ha incorporado la vacuna pentavalente y la de la gripe estacional y se prepara para introducir otras vacunas nuevas.

#### **Un Ecuador sin poliomielitis, sarampión, tétanos, rubéola o rabia**

En el Ecuador, la poliomielitis no ha sido un problema de salud pública desde hace 17 años, el sarampión desde hace 10, y la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal desde hace tres. En la actualidad solamente se producen casos esporádicos de estas enfermedades. Esto se debe a la prioridad que el gobierno ha otorgado al financiamiento del programa de vacunación, demostrado en un aumento de 600% del presupuesto para vacunas en el quinquenio de 2003-2007. Se han introducido nuevas vacunas, entre ellas la pentavalente, la anti-hepatitis B para grupos en riesgo, y la antigripal.

Como resultado de las campañas masivas de vacunación, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el tratamiento adecuado de personas expuestas y la participación activa de la comunidad, los casos de rabia humana y canina se han reducido de manera significativa. En 2006, no se notificaron casos de estas enfermedades.

El aumento de las coberturas de vacunación de manera progresiva se debe al fortalecimiento del nivel gerencial del programa ampliado de inmunización (PAI) en las provincias y áreas de salud, el fortalecimiento de la cadena de frío y a la apropiación de los procesos en cada nivel, incluida la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación.

280. Tras la detección del último caso de poliomielitis por poliovirus salvaje en la Región, la cual tuvo lugar en Perú en 1991, este virus ha dejado de circular en los países americanos. Se siguen vigilando los casos de parálisis flácida aguda (PFA), cuya incidencia anual es mayor de 1 caso por 100.000 niños menores de 15 años. Los países de la Región están completando un inventario de los laboratorios donde hay poliovirus o material posiblemente infectado con él como parte de un plan para contener el virus en los laboratorios. Mientras el poliovirus siga circulando en otras partes del mundo, los países del continente estarán en peligro de importarlo. Cuando es baja la cobertura con la vacuna antipoliomielítica en los países, municipalidades y poblados, se presenta el peligro de un brote de infección con la cepa contenida en la vacuna, como sucedió en República Dominicana y Haití en 2000-2001.

281. Los casos de tétanos se han reducido gracias al uso generalizado de toxoide tetánico en niños y mujeres en edad reproductiva para prevenir el tétanos neonatal (TNN). La eliminación del TNN como problema de salud pública (definida como menos de 1 caso por 1.000 nacidos vivos en cada distrito) ya se ha logrado en todas partes, salvo en Haití. En América Latina, los casos de tos ferina se han seguido reduciendo en años recientes, habiendo descendido de 9.421 casos en 1999 a 4.921 en 2003. No obstante, 4.928 casos se notificaron en 2004 y 6.807 en 2005, y sigue habiendo brotes. Más de 70% de todos los casos de tos ferina notificados en las Américas en estos años han ocurrido en Estados Unidos, donde la incidencia de la enfermedad ha venido aumentando paulatinamente desde comienzos de los años ochenta. En el caso de la difteria, cerca de 100 casos anuales se han notificado en toda la Región entre 1999 y 2003. Sin embargo, se notificaron 181 en 2004 y 272 en 2005 después de un brote en Haití y República Dominicana. Un descenso abrupto de la infección por Hib se ha producido en algunos países con buenos sistemas de detección. Por último, los resultados de la vacunación contra la hepatitis B no podrán apreciarse hasta dentro de algunos años, pero se espera que sean buenos, ya que la cobertura regional con la tercera dosis ha superado el 90% desde 2004.

#### **La Semana Anual de Vacunación en las Américas, 2007**

En abril de 2007 se celebró en la Región la quinta Semana Anual de Vacunación en la que participaron 45 países y territorios. Más de 47 millones de personas fueron vacunadas. En la subregión andina se vacunó a 11.284.046 personas; en Centroamérica y el Caribe hispanohablante, a 10.810.337; en el Cono Sur y Brasil, a 18.347.938; en México a 6.983.224; y en el Caribe anglo y francohablante, a 162.220. Canadá, algunos países del Caribe y los Estados Unidos se enfocaron en la comunicación social.

282. Aunque en general la cobertura de vacunación es buena en los países, hay gran disparidad entre distintas municipalidades dentro de cada país. Para que la protección global con la vacuna se extienda a todos los niños y a todas las personas vulnerables en la Región, los países están determinando qué municipalidades están en riesgo para poder concentrar en ellas las intervenciones. Asimismo, la Semana de la Vacunación en las Américas (VWA), que se celebra en abril, es una iniciativa regional que permite a los países dirigir las intervenciones a los grupos en mayor riesgo y en áreas desatendidas y generar el apoyo político necesario para la prevención y el control de las enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

283. Varias vacunas nuevas están en elaboración o ya se han elaborado y es necesario que la decisión de introducirlas se base en datos científicos. Estas vacunas nuevas son mucho más caras que las tradicionales y plantean nuevos retos programáticos. Seis países han incorporado la vacuna antirrotavírica en sus regímenes de vacunación ordinarios y

tres más lo habrán hecho para fines de 2007. La vacuna conjugada contra *Pneumococcus* se ha introducido parcialmente como parte de los programas públicos de vacunación en tres países. La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) representa una oportunidad para reducir la carga de infección por VPH y el cáncer cervicouterino. Sin embargo, su costo (más de \$100 por dosis en el régimen de tres dosis) y la necesidad de fortalecer los servicios de vacunación y los programas de prevención y control del cáncer podrían obstaculizar su introducción en el corto plazo.

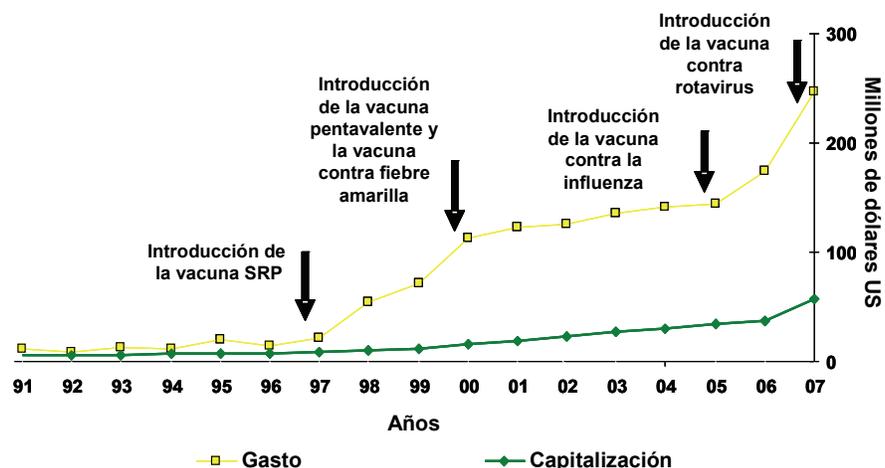
284. La OPS ayuda a los países a mejorar sus programas de inmunización y vigilancia, su capacidad de diagnóstico y sus redes de laboratorio regionales; a reforzar la prioridad política y sustentabilidad de los programas de vacunación mediante la adopción de leyes; y a garantizar el abastecimiento oportuno de vacunas de calidad por medio del Fondo Rotatorio de la OPS para la compra de vacunas. En el actual quinquenio, la utilización por parte de los países del Fondo Rotatorio ha sido la más alta registrada hasta la fecha.

### **El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas**

285. El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS es un mecanismo de adquisición de vacunas e insumos de inmunización al mayoreo que la OPS maneja desde 1979 para cubrir las necesidades de biológicos e insumos de los Estados Miembros. Cada año el FR consolida pedidos de vacunas de los países que desean participar y realiza una licitación internacional abierta a los productores de vacunas. La OPS compra las vacunas con fondos del Fondo Rotatorio que los países reembolsan cubriendo las compras realizadas a su nombre.

286. Al 2006, 37 países están haciendo el uso regular del Fondo para la adquisición de hasta 45 productos de vacunación. El Fondo está simplificando sus servicios integrados a los países y reduciendo aun más los costos de adquisición, almacenamiento, distribución y uso de las vacunas a lo largo de la cadena de producción y suministro. A finales de 2005, el Fondo capitalizó poco más de \$34 millones y los gastos totales excedieron \$154 millones ese año. El Fondo Rotatorio, como organismo de adquisiciones sumamente eficaz, continuará su función estratégica para fortalecer la sustentabilidad de los programas nacionales de inmunización en toda la Región.

## Crecimiento del Fondo Rotatorio, 1991-2007



Fuente: Fondo Rotatorio, Unidad de Inmunización, OPS (datos para 2007 son provisionales).

287. La iniciativa Pro-Vac para la promoción de decisiones políticas basadas en datos científicos en torno a la introducción de vacunas nuevas en América Latina y el Caribe, así como la Visión y Estrategia de Vacunación Regionales, permitirán que la OPS siga prestando apoyo técnico para ayudar a los países a enfrentar los desafíos que se avecinan en los próximos años.

288. Lo logrado en materia de vacunación ha fortalecido la infraestructura de la salud pública en general y las redes regionales de laboratorios en particular; ha fomentado una buena coordinación intersectorial; ha mejorado la equidad y ha concienciado a la población en torno a la importancia de la prevención.

### **La eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas**

En 2003, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD44.R1, que propugnaba la eliminación de la rubéola y del SRC en las Américas para el 2010. La medida obedeció a la disponibilidad de una vacuna segura, asequible y eficaz; a lo aprendido tras la administración de las vacunas antisarampionosa y antirubeólica a grupos de población grandes y heterogéneos, y a la disponibilidad de datos de eficacia y efectividad en función de los costos. Se instó a los países a elaborar planes de acción para alcanzar la meta y se solicitó a la Directora de la OPS que elaborara un plan de acción regional para movilizar los recursos necesarios. En 2006, la resolución CD47.R10 reafirmó la eliminación de la rubéola y el SRC.

Para junio del 2007, 41 países (93%) y territorios (91% de la población de la Región) ya tenían estrategias de vacunación para adolescentes y adultos (hombres y mujeres) con una cobertura de 95% o más. De 1998 al primer semestre del 2007, Argentina, Bolivia, Brasil (sólo mujeres), Chile (sólo mujeres), Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, el Caribe de habla inglesa, Guatemala, Honduras, México (subnacional), Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela (sólo cohortes de jóvenes) llevaron a cabo extensas campañas de vacunación de adolescentes y adultos (hombres y mujeres) a fin de interrumpir rápidamente la transmisión del virus de la rubéola y prevenir el SRC. Para mediados del 2007 se había vacunado a más de 125 millones de hombres y mujeres (niños y adolescentes) contra el sarampión y la rubéola en el contexto de la eliminación de estas enfermedades. Cuando acaben las campañas programadas para 2008, otros 108 millones de personas habrán sido vacunadas contra esas enfermedades.

Gracias a la buena cobertura obtenida con las diferentes estrategias de vacunación, la incidencia de rubéola se ha reducido enormemente en el continente americano. El número de casos de rubéola confirmados disminuyó casi 98% entre 1998 y 2006 (de 135.947 a 2.912), y en 2006 hubo sólo 14 casos confirmados y notificados de SRC. La reducción de la incidencia de rubéola ha sido mayor en los países donde se ha vacunado tanto a los hombres como a las mujeres.

La OPS ha integrado las actividades de eliminación de la rubéola con los principios básicos de la atención primaria de salud, con lo cual ha mejorado los servicios de atención. Asimismo, las estrategias de eliminación han fortalecido la infraestructura sanitaria; han conseguido una mayor coordinación, mejorado los bancos de sangre y los servicios neonatales y para lactantes, y generado una mayor conciencia de las prácticas de vacunación segura. Al mejorar la salud materno-infantil y permitir que las mujeres reafirmen su derecho a una buena atención sanitaria, la eliminación de la rubéola está contribuyendo al cumplimiento de los ODM y a la reducción de las inequidades sanitarias.

### **Bolivia lanza una campaña para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita**

Con el lema “Una sola vez es para siempre”, en mayo y junio del 2006 Bolivia emprendió la Campaña para la Eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita, en cuyo contexto administró la vacuna vírica doble contra el sarampión y la rubéola a hombres y mujeres de 15 a 39 años de edad en los 327 municipios del país. Movilizó al Ministerio de Salud, las prefecturas, los municipios y a la población mediante las organizaciones sindicales y se lograron las metas fijadas.

Al cabo de 6 semanas de vacunación, la cobertura administrativa nacional fue de 106,8%. El excedente porcentual se atribuye en parte a que en algunos se vacunó, debido a la demanda, a personas mayores de 39 años y menores de 15. Todos los departamentos del país alcanzaron coberturas administrativas de más de 95%. Sorprendentemente, la vacunación tuvo la gran aceptación de la población masculina adulta, la cual estaba en duda al inicio de la campaña.

No se ha presentado ningún caso confirmado de rubéola en Bolivia desde la semana 6 del 2006. La campaña también ha reforzado la eliminación del sarampión en el país, ya que el último caso de sarampión detectado data del año 2000.

### **La salud ocular en América Latina y el Caribe**

289. La iniciativa regional de salud ocular tiene por objeto aumentar el acceso a los servicios de salud ocular de la población marginada en lo económico y social con el propósito de prevenir cerca de 80% de los casos de ceguera y discapacidad visual que ocurren actualmente en la Región. En América Latina y el Caribe, cerca de cinco de cada 1.000 personas es ciega y 20 de cada 1.000 tiene un impedimento visual. Las principales causas de ceguera evitable en la Región son las cataratas, que conducen a más de la mitad de los casos de ceguera; el error de refracción; la ceguera infantil congénita; la retinopatía diabética y el glaucoma.

290. Cuando se reducen la ceguera y la mala visión en la población, se alivian la pobreza y el subdesarrollo y las personas tienen más oportunidades de educarse y trabajar. En los últimos cinco años se ha aumentado el acceso a los servicios de salud ocular en las zonas urbanas marginales y rurales de muchos países de la Región, gracias al apoyo de la OPS, Visión 20-20 y ONG internacionales y a la cooperación bilateral aportada por países como Cuba y Venezuela. También ha aumentado mucho el número de países con planes nacionales de salud ocular. El acceso a los servicios, que se mide en función del número anual de extracciones de cataratas por millón de habitantes, ha mejorado ostensiblemente en la Región. Más de 1.500 extracciones por millón de habitantes se realizaron en 26% de los países en el 2002 y en 50% en el 2006.

291. El Programa Regional de Salud Ocular, cuya sede se sitúa en Colombia, ha demostrado la magnitud y las causas del problema mediante estudios epidemiológicos, que a la fecha se han terminado en nueve países de la Región. En los estudios se han medido la prevalencia de ceguera y discapacidad visual, la proporción de casos de

ceguera causados por las cataratas, la cobertura y la calidad de los servicios, y las barreras de acceso. Los resultados han demostrado que en las poblaciones marginadas y pobres, la prevalencia de ceguera y discapacidad visual es mayor que en otros grupos. Estos datos han servido de base para la planificación y la promoción de la causa.

### **La salud bucodental en la Región**

292. Se han producido logros extraordinarios en el campo de la salud bucodental en las Américas. Los programas de fluoración han reducido en 35 a 85% la carga de enfermedad representada por la caries en toda la Región. La cooperación técnica proporcionada mediante el Programa de Salud Bucal de la OPS se ha orientado a lograr que los países con alta morbilidad y una carencia de políticas preventivas adecuadas adopten políticas eficaces y generen mejores indicadores del estado de la salud bucodental. Un programa de fluoración que dio buenos resultados se presentó a manera de estudio de caso en la publicación titulada *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Hoy por hoy, más de 25 países y más de 350 millones de personas han tenido acceso a programas de fluoración en las Américas.

293. Con el apoyo del BID, el Programa de Salud Bucal ha creado un modelo, basado en las mejores prácticas, para incrementar el acceso al tratamiento de la caries dental mediante técnicas sencillas. En tres países latinoamericanos, diversos ensayos clínicos han demostrado que la técnica de restauración atraumática (sistemas PRAT) es más eficaz en función del costo que los métodos tradicionales para el tratamiento y la prevención de la caries. Diversos países ya han adoptado el sistema PRAT en el contexto de sus planes de salud y cada vez son más numerosos los países que piden que se les ayude a establecer este sistema para proporcionar un mayor acceso a los servicios de atención bucodental.

### **La promoción de la salud**

294. Además de una elevada carga de enfermedades transmisibles y nutricionales propias del subdesarrollo, los países de la Región tienen altas cifras de morbilidad por traumatismos y por enfermedades no transmisibles cuyos factores de riesgo se vinculan con los estilos de vida propios de las sociedades industrializadas. En éstas, la desigual distribución del ingreso, la urbanización, los adelantos tecnológicos, la influencia cada vez mayor de los medios de difusión, la violencia y la desigualdad social son factores que contribuyen al sedentarismo, la mala alimentación, el consumo de alcohol, el tabaquismo y otras prácticas poco saludables. Algunas consecuencias de ello son la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de pulmón, el cáncer de colon y la diabetes sacarina.

295. A lo largo del quinquenio, los Estados Miembros de la OPS han sido muy activos en la adopción de medidas de promoción de la salud para combatir los determinantes sociales, conductuales y biológicos de las enfermedades no transmisibles o de los traumatismos a causa de actos de violencia o accidentes laborales o de tránsito. Estas medidas se han centrado en las recomendaciones de la Carta de Ottawa.

296. En 2005, la Carta de Bangkok sobre la Promoción de la Salud produjo una reorientación de la labor hacia la formación de alianzas con agencias gubernamentales y la sociedad civil y ese año se hizo una determinación de las capacidades en el área de la promoción de la salud en 28 Estados Miembros a fin de poder reforzarlas en los niveles nacional y local. Desde 2006 la OPS ha integrado las actividades de promoción de la salud horizontalmente en todas sus áreas técnicas. El enfoque de los “entornos saludables” (municipios, ciudades y comunidades saludables, escuelas saludables, lugares de trabajo saludables, etcétera) se ha aplicado con muy buenos resultados en muchos países para empoderar a la comunidad y tratar de reducir los factores de riesgo y determinantes sociales que menoscaban la salud. En el 2007, 19 de los 35 países y 3 territorios de la Región participan activamente en la iniciativa de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables. Además de la Red de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de las Américas, 10 países han establecido redes nacionales o regionales y han contribuido al establecimiento de iniciativas a favor de los espacios saludables en sus planes de trabajo nacionales.

297. En mayo de 2005, la OPS y el gobierno vasco firmaron un convenio de colaboración según el cual dicho gobierno acordó respaldar el fortalecimiento de las Escuelas Promotoras de Salud en América Latina. Como resultado, varios productos se encuentran en proceso de elaboración, entre ellos el I Concurso Iberoamericano de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el ámbito escolar, un curso de formación en línea, una “caja de herramientas” y una serie de materiales educativos sobre la promoción de la salud.

#### **La Red Nacional de Municipios y Comunidades Saludables de Perú**

Perú cuenta con 750 municipios adscritos a la iniciativa de Municipios y Comunidades Saludables (MCS) y con 15 redes regionales de MCS, las cuales tienen a su vez planes de desarrollo local orientados a incidir positivamente en los determinantes de la salud y a responder a las prioridades locales. En julio de 2007 se constituyó con las 15 redes regionales, la Red Nacional de Municipios y Comunidades Saludables.

Para dinamizar los procesos se elaboró una serie de cuadernos de promoción de la salud que se han diseminado en toda la Región. Varios de los 23 números de la serie están dedicados a los municipios saludables, sobre todo a las políticas de seguridad vial, los residuos sólidos, el tabaquismo, la violencia, la infancia, la adolescencia, el género, el adulto mayor, los derechos humanos, los determinantes sociales de la salud, los ODM y la educación.

En términos de eficacia y efectividad la iniciativa de MCS ha fortalecido las competencias de las instituciones participantes mediante procesos continuos de entrenamiento con métodos basados en pruebas científicas, tales como Participación Juvenil, TEACH VIP de la OMS y Familias Fuertes, además de proyectos locales. Gracias a la iniciativa, se ha formado una alianza estratégica activa entre el Estado, los municipios, la sociedad civil y las agencias de cooperación. Además, el fortalecimiento de las competencias ha hecho que las instituciones trabajen directamente con los adolescentes y las familias en sus zonas de intervención, utilizando las metodologías impartidas.

### **La estrategia de comunidades productivas y saludables de Uruguay**

La iniciativa uruguaya de Acciones Conjuntas de Salud y Agricultura, suscrita por los ministerios de ambos sectores bajo el patrocinio de la OPS, impulsa la estrategia de comunidades productivas y saludables como parte de un plan del gobierno para lograr un país productivo, saludable y solidario. La estrategia fomenta la creación de oportunidades locales para que las comunidades trabajen juntas en pro del objetivo común de mejorar su calidad de vida y estado de salud y modificar los determinantes sociales de la salud.

Los Ministerios de Ganadería, Agricultura y Pesca, y el de Salud Pública, iniciaron la estrategia a nivel nacional junto con las intendencias municipales, la OPS y algunas organizaciones nacionales. Con la participación activa de la sociedad civil organizada se llevan a cabo proyectos productivos locales basados en la promoción de la salud integral y la inclusión social. Estos proyectos tienen por objeto mejorar las condiciones de vida de los pequeños productores agropecuarios y sus familias, sean o no propietarios de tierra; las mujeres y los escolares del área rural; los queseros artesanales; los jóvenes sin ocupación y los pequeños productores de subsistencia y asalariados zafrales. Mediante una amplia gama de actividades y recursos se busca mejorar el ambiente físico y sociocultural en zonas de extrema pobreza a las que no suelen llegar las políticas sociales.

Entre los resultados de la estrategia figuran la conformación de equipos locales intersectoriales; el inicio de procesos de capacitación en horticultura, cría de animales, elaboración de alimentos, hidroponía, envase de productos, etcétera, así como en la promoción de la salud mediante una alimentación saludable, el fomento de la actividad física y la prevención del tabaquismo; el impulso del trabajo colectivo y del “empoderamiento” para la negociación en la gestión local; una mayor participación del sector educativo en el desarrollo de la estrategia; y la articulación de la estrategia con la iniciativa de salud bucal impulsada por la OPS y con diversos programas y proyectos del gobierno nacional.

La estrategia se ha ido extendiendo a casi todas las unidades políticas administrativas del país y se ha iniciado la formación de alianzas estratégicas binacionales entre Uruguay y Brasil, como los Comités Binacionales de Rivera-Livramento y la alianza entre Aceguá (Brasil) y Aceguá (Uruguay).

298. A partir de la Alianza Estratégica Intersectorial entre Salud, Educación, Trabajo y Ambiente presentada en el 47. Consejo Directivo de la OPS, se ha impulsado la concertación regional con los organismos de educación, salud y desarrollo para dar prioridad a la promoción de la salud en la educación temprana. La OPS apoyó la realización de la Reunión Técnica de Escuelas Promotoras de la Salud organizada por la OMS y el Consorcio Educación y Salud de Canadá, la cual tuvo lugar del 5 al 8 de junio de 2007. En esa ocasión los países de la Región se manifestaron a favor de fortalecer la alianza entre los ministerios de educación y los ministerios de salud, que en octubre de 2007 celebrarán un encuentro en Fortaleza, Brasil, para fortalecer la alianza entre los dos sectores no sólo en el plano nacional, sino en el regional, a fin de reorientar la promoción de la salud a la luz de los determinantes sociales de la salud y los ODM.

299. La OPS ha elaborado una serie de guías de planificación y evaluación para fortalecer las capacidades nacionales y generar pruebas científicas de la eficacia de las iniciativas de promoción de la salud. Durante el periodo de 2004 a 2006 se realizaron evaluaciones participativas en diversos países de la Región.

300. El 15 de septiembre de 2007 se celebró en Puerto España, Trinidad y Tabago, la cumbre de CARICOM para las Enfermedades no Transmisibles con el lema “*Stemming the tide of non-communicable diseases in the Caribbean*” [Unidos para detener la epidemia de enfermedades no transmisibles]. Al encuentro asistieron formuladores de políticas y las autoridades del CARICOM y otros organismos de salud regionales e internacionales, movidos por el propósito de definir y emprender acciones para combatir las enfermedades relacionadas con el estilo de vida. Los objetivos de la cumbre fueron idear un enfoque regional consensuado para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, evaluar la carga de estas enfermedades en la Región y proponer medidas inmediatas para combatirlas.

301. La cumbre se convocó a la luz de los resultados de un informe emitido en 2005 por la Comisión del Caribe para la Salud y el Desarrollo, lanzada en 2003 con la ayuda de la OPS para hacer efectiva la Declaración de Nassau, según la cual “la riqueza de la Región radica en la salud”. El informe de la Comisión, encabezada en sus comienzos por Sir George Alleyne, ex Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, reveló que las enfermedades no transmisibles, el VIH y el sida y los traumatismos son problemas sanitarios de primera magnitud en la Región.

### ***La lucha contra el tabaco***

302. El tabaco es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la Región. Está ampliamente demostrado que para reducir el tabaquismo se necesitan leyes claras y contundentes y acciones para la promoción de salud y la prevención de las enfermedades causadas por él.

303. Uruguay fue el primer país de América sin humo de tabaco. En junio de 2003 Uruguay firmó el Convenio Marco para el Control del Tabaco y el 1 de marzo de 2006 entró en vigor en el país el Decreto 268/05 sobre Ambientes Cien por Ciento Libres de Humo de Tabaco. Estos logros se debieron principalmente a las actividades de la Alianza Nacional para el Control del Tabaco, cuya formación y consolidación se vieron impulsadas por la OPS.

304. En el contexto de la lucha antitabáquica se han celebrado diversas actividades, entre ellas la campaña “Un millón de gracias” (2006), dirigida a agradecer el compromiso de las personas que han manifestado su oposición a que se fume en los espacios cerrados. Más de 1.200.000 uruguayos participaron en ella. También se ha establecido una línea telefónica gratuita (0800HUMO) para que la gente pueda consultar y participar en la campaña mundial y se han llevado a cabo campañas de sensibilización pública.

305. Con el fin de evaluar la opinión pública en torno al decreto 268/05, en el 2006 se llevó a cabo un estudio de conocimientos y actitudes. El estudio demostró que la mayor parte de la sociedad uruguaya ya es consciente de que tener que respirar el humo de tabaco ajeno es peligroso y una violación de un derecho individual legítimo. En 2007 se

realizó otro estudio para evaluar el impacto del decreto 268/05 sobre la actividad comercial, que es insignificante en términos económicos, según los resultados.

306. En el 2006 el presidente de Uruguay recibió el Premio del Director General de la OMS, entregado por la propia Directora General de ese organismo durante la celebración de la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud en Colonia.

### El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS

El Convenio Marco para el Control del Tabaco es el primer tratado de salud pública internacional que se ha negociado por mediación de la OMS. Se negoció en un periodo de cuatro años, se abrió a firma en junio de 2003 y entró en vigor el 27 de febrero de 2005. En las Américas, 32 países ya lo han firmado y 21 lo han ratificado.

En el periodo de 2003 a 2007 se han celebrado talleres de capacitación en torno a las políticas para la eliminación del

Países que han ratificado el Convenio Marco		
<b>Antigua y Barbuda</b>	<b>Dominica</b>	<b>Panamá</b>
<b>Barbados</b>	<b>Ecuador</b>	<b>Paraguay</b>
<b>Belice</b>	<b>Guatemala</b>	<b>Perú</b>
<b>Bolivia</b>	<b>Guyana</b>	<b>Santa Lucía</b>
<b>Brasil</b>	<b>Honduras</b>	<b>Trinidad y Tabago</b>
<b>Canadá</b>	<b>Jamaica</b>	<b>Uruguay</b>
<b>Chile</b>	<b>México</b>	<b>Venezuela</b>

humo de tabaco en 11 países: Argentina, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Panamá, Perú, Santa Lucía, Suriname y Uruguay. Como resultado, en la Región se ha adelantado mucho en lo que respecta a la adopción de leyes.

Ambientes sin humo de tabaco en las Américas (nuevas leyes adoptadas entre 2003 y 2007)*		
<b>Ambientes cien por ciento sin humo de tabaco (bares, restaurantes, discotecas, casinos)</b>	<b>Ambientes cien por ciento sin humo de tabaco en el nivel subnacional</b>	<b>2 de 3 sin humo de tabaco: instalaciones de salud, educación y del gobierno</b>
<b>Uruguay (2006)</b>	<b>Argentina, con 3 provincias (donde habita 20% de la población total): Córdoba (2003), Santa Fe (2005), Tucumán (2005)</b>	<b>Ecuador (2006): instalaciones de salud, educación y del gobierno</b>
		<b>Perú (2006): instalaciones de salud, educación y del gobierno</b>
		<b>Panamá (2005): instalaciones de salud y del gobierno</b>

En Canadá y Estados Unidos, las leyes en torno al tabaco las dicta cada estado. Por consiguiente, alrededor de 80% de los residentes de Canadá y 50% de los residentes de Estados Unidos viven en jurisdicciones donde no hay humo de tabaco en ningún espacio público, incluidos los bares y restaurantes, ni en ningún lugar de trabajo.

307. En Argentina, las provincias de Córdoba (2003), Santa Fe (2005) y Tucumán (2005), que representan 20% de la población del país, han sido las primeras en adoptar normas para eliminar el humo de tabaco de los ambientes públicos cerrados. El acontecimiento cobra aun más relieve en tanto que Argentina aún no ha ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS.

308. La Provincia de Córdoba ha instrumentado el Programa Provincial Permanente en Prevención y Control del Tabaquismo, creado por una ley provincial sancionada en 2003 y reglamentada en 2004, a la que se han sumado desde entonces otra ley provincial que prohíbe fumar en las instituciones públicas dependientes del Estado y una ley nacional que limita la publicidad en torno al tabaco. La ley de Santa Fe es más amplia y también prohíbe la publicidad directa e indirecta de los productos del tabaco, la venta a menores de edad, la tenencia de expendedores automáticos y la distribución de muestras gratis. La provincia cuenta con otras leyes que establecen definiciones, prohibiciones, limitaciones y sanciones y que establecen mecanismos claros de control y sanción.

309. En Tucumán, una ley ha prohibido fumar en salas de convenciones, museos, bibliotecas, bancos, oficinas, bares, cines, restaurantes y cualquier otro lugar de uso público, aunque fuese privado, que estuviese cerrado. Asimismo, estableció que los propietarios o responsables de dichos lugares podían pedir el auxilio de la fuerza pública y las sanciones correspondientes en casos de violación. Se ha logrado el apoyo de los medios de comunicación y de las personas que no fuman.

310. La OPS ha respaldado los programas de promoción de la salud de Brasil, Chile, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Perú, Trinidad y Tabago y otros países. El Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles (CARMEN) y la Iniciativa Integrada para la Prevención de las Enfermedades no Transmisibles son dos iniciativas regionales con las que se busca incrementar la actividad física en la población. La estrella de televisión Mario Kreutzberger (Don Francisco), a quien la OPS nombró “campeón de la salud” en el 2002 por su labor promotora en las Américas, asistió a la ceremonia inaugural de la 46.<sup>a</sup> Reunión del Consejo Directivo de la OPS en Washington, D.C. Don Francisco aprovechó la ocasión para lanzar la campaña "¡A comer sano y a moverse América!", que forma parte de la Estrategia Global de Alimentación, Actividad Física y Salud de la OMS.

### **La lucha de Chile contra la obesidad**

En Chile el exceso de peso es común en todos los grupos de edad, incluidos los niños, y está aumentando. La obesidad afecta a 7,4% de los menores de 6 años; a 17% de los escolares en su primer año básico y a cerca de 25% de los adultos y ancianos. Se estima que actualmente el país tiene 3,4 millones de personas obesas y que para el 2010 éstas serán más de 4 millones si continúa la tendencia actual.

Como otros países de la Región, Chile está pasando por un proceso cultural, social y económico que propicia la práctica de estilos de vida poco saludables. Al comparar las dos últimas Encuestas Nacionales de Presupuestos y Gastos Familiares, se observa que cualquier aumento de los ingresos de los estratos más pobres se ha destinado en gran parte a la compra de alimentos ricos en grasas y azúcares refinadas, alimentos procesados, televisores, electrodomésticos, teléfonos y vehículos de motor, productos que contribuyen a la mala alimentación y a la vida sedentaria.

En el 2006 Chile adoptó la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO-Chile), que se basa en las recomendaciones de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Esta última complementa y amplía la estrategia de intervención nutricional a lo largo del ciclo vital y tiene un importante componente de comunicación cuyo objetivo radica en propiciar mejores hábitos alimentarios y la práctica regular de la actividad física.

La OPS y el Ministerio de Salud han emprendido un trabajo nacional conjunto mediante el cual se busca incrementar la actividad física en los niveles individual y poblacional mediante el programa de Ciclo Recreo Vía en Santiago, que ofrece a los niños y adultos un ambiente seguro para el recreo y el ejercicio. La OPS en Chile procura garantizar la sustentabilidad del programa.

### **La prevención de los accidentes y de los traumatismos por actos de violencia**

311. Desde 2002, la OPS y los CDC han participado en un proyecto conjunto en hospitales de Colombia, El Salvador y Nicaragua con la finalidad de establecer sistemas de vigilancia que permitan recoger información actualizada y oportuna sobre la magnitud y características de los traumatismos sufridos por pacientes que consultan a causa de ellos. Los ministerios de salud y algunos hospitales han usado esos análisis para tomar decisiones internas y proponer intervenciones dirigidas a prevenir esos traumatismos. Actualmente se está extendiendo la iniciativa a otros países.

312. Con fondos de la agencia alemana GTZ, la OPS ha venido impulsando desde 2004 el proyecto para el Desarrollo Juvenil y la Prevención de la Violencia en Argentina, Colombia, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Perú. El proyecto se orienta a fortalecer las redes de instituciones gubernamentales y ONG y a publicar materiales nacionales sobre las políticas públicas y las experiencias participativas en conexión con la prevención de la violencia en esos países. A lo largo del quinquenio también se ha fomentado el trabajo con otras agencias. Desde 2003 se ha patrocinado la Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia (CIPV), compuesta de varias agencias

multilaterales y bilaterales que formulan estrategias y posibles soluciones para contrarrestar la violencia y la delincuencia en países de las Américas.

313. En marzo de 2007 se celebró en la Sede de la OPS una reunión de los directores de esas agencias y se presentó un informe quinquenal. Desde su fundación la Coalición ha emprendido actividades concretas que han producido resultados mensurables y ha catalizado la colaboración entre agencias y la aplicación de estrategias eficaces en toda América Latina.

314. En colaboración con el centro colaborador de la OPS/OMS para la Prevención de las Lesiones y de la Violencia, el Centro de Investigaciones en Salud y Violencia (CISALVA) de la Universidad del Valle en Cali, Colombia, y la USAID, la OPS y la CIPV han aplicado en algunas municipalidades de El Salvador, Nicaragua y Panamá un modelo intersectorial para mejorar la mala calidad de los registros de las defunciones ocasionadas por traumatismos intencionados e involuntarios. En Colombia el modelo ha dado buenos resultados en por lo menos 30 municipalidades.

315. Desde que se celebró el Día Mundial de la Salud en 2004, la OPS ha reafirmado su compromiso de promover la seguridad de la red vial. La cooperación con las autoridades nacionales ha llevado a la aprobación y publicación de los Planes Nacionales de Seguridad Vial en distintos países, entre ellos Costa Rica, Ecuador, El Salvador y Perú. La OPS hizo que se llevaran a cabo actividades en abril de 2007 en casi todos los países de la Región en ocasión de la Semana para la Seguridad Vial y la Asamblea de la Juventud para la Seguridad Vial. Se ha preparado y divulgado un documento con recomendaciones acerca de la obtención, análisis y diseminación de información acerca de los traumatismos sufridos en los accidentes de tránsito.

### **Los preparativos para desastres y otras situaciones imprevistas de importancia sanitaria**

316. A solicitud de los ministros de salud de la Región, la OPS ha establecido un equipo regional de respuesta a emergencias y desastres y ha capacitado a 111 expertos nacionales en 15 países. Este equipo multidisciplinario, integrado por especialistas en el manejo de desastres, epidemiología, agua y saneamiento, comunicaciones, salud mental, servicios de salud, ingeniería civil, administración y logística, se ha movilizado con muy buenos resultados en las emergencias que han requerido la solidaridad internacional y la cooperación técnica de la OPS.

317. Desde 1976, cuando se creó el Programa de Desastres de la OPS, ha habido un progreso constante en las actividades de mitigación, preparación y respuesta del sector de la salud frente a situaciones de desastre en la Región. Sin embargo, ese progreso nunca se había medido sistemáticamente, motivo por el cual la OPS diseñó y aplicó una encuesta de evaluación regional cuyos resultados han permitido establecer el nivel del desarrollo

institucional y evaluar el estado de la planificación, el entrenamiento y la disponibilidad de recursos para responder a los desastres y reducir sus consecuencias sanitarias.

318. Durante los últimos 5 años, la OPS ha consolidado la experiencia acumulada en los países de la Región mediante la producción de guías y materiales técnicos para el manejo integral de las emergencias y desastres en el campo de la salud. Estos materiales se han producido con la participación de entidades como la OMS y otras agencias de las Naciones Unidas, la Cruz Roja y el Banco Mundial. Con el apoyo del Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID), varios países han desarrollado sistemas de información centrado en la salud. El CRID es una iniciativa patrocinada por seis organizaciones, entre ellas la OPS, que se han unido para recopilar y diseminar información sobre los desastres en América Latina y el Caribe.

319. Aunque el impacto de los desastres ha variado a lo largo del quinquenio, la OPS siempre ha logrado asistir a los países mediante la movilización de fondos y equipos de respuesta y, sobre todo, proporcionando cooperación técnica en situaciones de conflicto interno como las que se han producido en Haití y Colombia. La apertura de oficinas descentralizadas ha permitido concentrar la cooperación en las comunidades directamente afectadas.

320. Un ejemplo de los adelantos logrados lo proporciona Honduras, país susceptible a los huracanes, que actualmente cuenta con planes de emergencia departamentales en 19 de sus 20 regiones. La unidad de desastres del Ministerio de Salud ha dado mucha importancia a la formación de recursos en los departamentos y ha puesto en marcha la formación de equipos locales para poder prever y responder mejor a los desastres.

321. La capacitación en el manejo de desastres también se ha incorporado en los cursos de maestría en salud pública y de gestión de riesgos que imparte la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. El país cuenta, además, con el manual del Centro de Operaciones de Emergencia para el sector salud, instrumento que define la organización del sector para dar respuesta en caso de estas emergencias y desastres.

### **Guatemala se recupera de los daños causados por la tormenta tropical Stan**

En 2005, la tormenta tropical Stan sacudió a Guatemala, donde causó la pérdida de vidas y cuantiosos daños en la infraestructura pública y social de 15 departamentos del país. A raíz de la tormenta se notificaron 670 defunciones, 844 desaparecidos, 495.927 damnificados directos por pérdida de la vivienda y 2,7 millones de habitantes afectados. Hubo que alojar a muchos de ellos en 762 albergues habilitados provisionalmente. Asimismo, hubo daños a 38.058 viviendas en 1.372 comunidades ubicadas en 251 de los 331 municipios del país. Se vieron afectados 87 puestos de salud y 31 centros de salud y más de 15.000 pozos de agua. Las zonas más afectadas fueron los núcleos importantes de población maya (mam, kaqchiquel y k'iché), donde predominan los hogares pobres y vulnerables encabezados por mujeres.

Bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y con la participación de la OPS, el UNFPA, el UNICEF, el PNUD, los CDC y la USAID, se realizaron intervenciones integrales en varias áreas. La OPS movilizó más de \$3 millones provenientes de los gobiernos de Canadá, Estados Unidos, Holanda, Noruega, Mónaco y Suecia. La iniciativa redujo la muerte y las enfermedades en la población damnificada y permitió mantener el dinamismo y la solidaridad para la reconstrucción del tejido social, los servicios sociales, la gobernabilidad y la economía local. También fortaleció la capacidad local para hacer frente a futuros desastres naturales.

La atención de la salud mental de la población damnificada se constituyó en un elemento fundamental de la atención integral. Equipos de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales evaluaron la situación y atendieron a los afectados. Se formaron brigadas intersectoriales compuestas de estos expertos y de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas, epidemiólogos, ingenieros en saneamiento, especialistas en vectores, farmacéuticos, promotores de salud y voluntarios.

Una asistencia alimentaria integrada y coordinada provino de los sectores agrícolas y de salud, del programa de seguridad alimentaria nutricional del Ministerio de Salud (PROSAN), de la Secretaría Ejecutiva de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) y de otras instituciones. En siete municipios se creó un sistema de vigilancia nutricional que facilitó la detección de carencias y la provisión de alimentos y micronutrientes a niños y mujeres gestantes en riesgo de desnutrición.

322. En enero de 2005, lluvias torrenciales provocaron graves inundaciones en la costa de Guyana, que es la zona más poblada del país. Se vieron afectadas alrededor de 290.000 personas (39% de la población total). En cuestión de unas horas, miles de víctimas tuvieron que abandonar sus hogares en la capital y en los poblados costeros y cerca de 5.000 tuvieron que ir a refugios improvisados.

323. Con el apoyo de la OPS, el Ministerio de Salud organizó y despachó de 30 a 40 equipos médicos móviles todos los días para que proveyeran atención médica y administraran medicamentos y rehidratación oral. Expertos en salud ambiental también asesoraron a los habitantes acerca de las mejores prácticas relacionadas con el tratamiento del agua en el domicilio y distribuyeron lejía y productos de limpieza.

324. Se llevó a cabo una campaña pública para la profilaxis contra la leptospirosis y los casos sospechados se remitieron al Hospital Público de Georgetown. También se realizaron extensas campañas de información pública sobre el agua, el saneamiento, la higiene personal, la prevención de la diarrea, las sales de rehidratación oral y las medidas de limpieza después de las inundaciones.

325. La OPS ayudó con la vigilancia epidemiológica, el manejo de los sistemas de salud, agua y saneamiento, las medidas de higiene y el abastecimiento de alimentos. Colaboró en la supervisión de 43 refugios registrados y preparó un manual sobre la protección de la salud en ellos. También ayudó a las autoridades sanitarias de la isla a improvisar centros de atención de salud.

#### **La Copa Mundial de Críquet celebrada en el Caribe plantea retos sanitarios**

Entre el 11 de marzo y el 28 de abril de 2007, varios países del Caribe sirvieron de anfitriones para la Copa Mundial de Críquet (CMC), acontecimiento destacado mundialmente y auspiciado por el Consejo Internacional de Críquet. Los países anfitriones fueron Antigua y Barbuda, Barbados, Granada, Guyana, Jamaica, San Kits y Neváis, Santa Lucía, Trinidad y Tabago y San Vicente y las Granadinas. Durante la Copa, los países constituyeron un solo espacio doméstico para fines de la seguridad y la inmigración. Se esperaba la llegada de más de 100.000 visitantes entre los espectadores, los deportistas y la prensa. Por su magnitud, el evento exigía la toma de medidas de salud pública y el refuerzo de la vigilancia epidemiológica. Los servicios de emergencia y de sanidad portuaria aplicaron los estándares internacionales a fin de garantizar un ambiente seguro y sano para la competencia y proteger la salud de las poblaciones locales y de los visitantes.

Desde dos años antes de la Copa, la OPS apoyó las actividades de adiestramiento en todos los países que participaron en la competencia. Se adiestró a un total de 1.302 personas y se proporcionó una base de datos con expertos de varias disciplinas entrenados en el manejo de situaciones de desastre. En varios países anfitriones hubo actividades de simulación. La OPS también proporcionó a los países apoyo técnico directo en materia de salud ambiental, eliminación de desechos e higiene de los alimentos. La colaboración entre agencias permitió que los países adquirieran experiencia en la adquisición de ambulancias, instrumental y equipo de cuidados críticos, en el adiestramiento de personal, y en el uso de los sistemas operativos. Gracias a esta colaboración, no hubo ningún brote de enfermedad que tuviese importancia epidemiológica.

326. En 2004, el 45.º Consejo Directivo de la OPS, por resolución CD45.R8, instó a los estados Miembros a adoptar el lema “Hospitales seguros frente a los desastres” como política nacional para reducir los riesgos en esta área. En la resolución se fijó como meta regional que todos los hospitales nuevos se construyeran en conformidad con medidas de protección que les permitieran seguir funcionando en situaciones de desastre y se exhortó a los gobiernos a velar por lograr que al fortalecer y renovar los establecimientos de salud existentes, sobre todo los de atención primaria y manejo de urgencias, se incorporaran medidas adecuadas para la mitigación de desastres.

## **La salud en las fronteras nacionales**

327. Como resultado de los actuales procesos de integración comercial en la Región, la salud en las fronteras nacionales cobra cada vez más importancia. Para controlar las infecciones de transmisión sexual, Estados Unidos y México solicitaron a la OPS que creara una oficina de campo en la frontera mexicanoestadounidense. Dicha oficina, establecida en 1942, ha desempeñado actividades que se han aplicado en otras zonas fronterizas de Centroamérica y Sudamérica.

### **La salud en las zonas fronterizas entre Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela**

En el marco de distintos acuerdos subregionales, las zonas fronterizas entre los países andinos llevan a cabo actividades de integración de diversos sectores del desarrollo, de las cuales las más dinámicas son quizá las del sector de la salud. Destacan en particular las actividades de los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVES), las actividades para la prevención y el control de las enfermedades, y los acuerdos sobre el uso común de los servicios. En los últimos años los campos de acción se han ampliado a fin de abarcar también la vigilancia de las intoxicaciones por plaguicidas y de la calidad del agua (frontera entre Colombia y Ecuador); el desarrollo y la aplicación de métodos de análisis de la situación integral de salud (ASIS) (todas las fronteras) como base para el desarrollo del Plan Andino de Salud en las fronteras; el fortalecimiento local para las funciones contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional (fronteras de Colombia con Brasil y Perú; los estudios de prevalencia, comportamiento y disponibilidad de servicios para personas con VIH (frontera con Ecuador) y el desarrollo de modelos de atención para la población indígena (frontera con Venezuela); y la capacitación en epidemiología, las salas de situación y el sistema de información geográfica.

El avance de las actividades se evalúa constantemente y se revisa y ajusta por medio de las Comisiones de Vecindad, los Comités Técnicos Binacionales de Salud y la Comisión Presidencial de Integración Fronteriza (COPIAF). La OPS ha cooperado técnicamente en la elaboración de módulos basados en los principios de la epidemiología para el control de las enfermedades (MOPECE), el sistema de información geográfica (SIGEPI), el método ASIS y el de la Sala de Situación y Vigilancia de la calidad del Agua, entre otras actividades. Cooperó económicamente, además, mediante tres proyectos de cooperación técnica con el país (Colombia-Ecuador, Colombia-Venezuela y Brasil-Colombia-Perú). En todos se difunden y utilizan los instrumentos mencionados.

Por otro lado, las acciones de salud binacionales afianzan los esfuerzos de integración acordados por las respectivas cancillerías y organismos subregionales (Reunión de Ministros de Salud del Área Andina y Organismo Andino de Salud).

328. En la frontera entre Belice, Guatemala y México se han realizado proyectos centrados en la vigilancia, la prevención y el control de enfermedades transmisibles como la rabia humana, la enfermedad de Chagas y el paludismo, que se han visto impulsados por los Acuerdos de Tuxtla, el Plan Puebla-Panamá y otros tratados de colaboración formales apoyados por la OPS y otras agencias de cooperación internacional.

329. Con la amplia participación de las intendencias municipales de Uruguay y de las prefecturas de Brasil, Uruguay ha trabajado junto a Brasil, en particular el Estado de Río Grande do Sul, en asuntos de interés común fronterizo relacionadas con el fomento de comunidades productivas y saludables; el desarrollo de estrategias para el control de las zoonosis; la integración de acciones en las áreas de salud y agricultura; la realización de actividades municipales coordinadas sobre la inocuidad de los alimentos; y la integración de órganos conjuntos binacionales de integración local.

330. La OPS ha formado en la frontera binacional entre Brasil y Uruguay Comités Binacionales de Salud; comunidades productivas y saludables en áreas postergadas de Artigas, Rivera y Cerro Largo y reuniones de coordinación entre diversos organismos nacionales. Todo este trabajo tiene expresión en instancias nacionales y subregionales, como en el caso de los proyectos subregionales de la OPS, el Proyecto Cono Sur de Vigilancia y Control de la Hidatidosis, y el control de la enfermedad de Chagas.

## **CAPÍTULO 4: LOS DESAFÍOS SANITARIOS DEL PRÓXIMO DECENIO Y UNA OPS PREPARADA PARA ENFRENTARLOS**

### **La Agenda de Salud para las Américas**

331. En el quinquenio de 2003-2007, la cooperación técnica de la Oficina se orientó a acelerar el logro de aquellos ODM más estrechamente vinculados con la salud. En su objetivo de velar por la equidad y remediar las disparidades persistentes, los Estados Miembros de la OPS han definido y expresado colectivamente sus prioridades de salud pública en la llamada Agenda de Salud para las Américas, que se lanzó en la ciudad de Panamá el 3 de junio de 2007 en una ceremonia a la que acudieron el Presidente de Panamá, Martín Torrijos; el Ministro de Salud de Panamá, Dr. Camilo Alleyne; el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon; y la Directora de la OPS. El acto contó, además, con la presencia de varios ministros de relaciones exteriores. La Agenda, que representa la declaración de voluntad política de más alto nivel en el ámbito de la salud en la Región, constituye un llamamiento colectivo a luchar para que todos los habitantes, sin excepción, tengan acceso a servicios de salud preventivos y curativos y que todas las familias y comunidades obtengan en igual medida los beneficios de la salud pública.

332. La Agenda es una guía de planificación a largo plazo para sentar los objetivos estratégicos hacia los cuales la Oficina encaminará su gestión orientada a la obtención de resultados, de acuerdo con las recomendaciones realizadas en 2005 por la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas.

333. La Oficina acompañó a los países a lo largo del proceso de definir sus prioridades, ayudándolos a lograr un consenso entre sí y con las entidades gubernamentales y no gubernamentales, académicas y de la sociedad civil. La Agenda expresa el propósito mancomunado de los países de enfocar sus acciones a lo largo del decenio de 2008 a 2017 en ocho áreas estratégicas que constituirán la base de los futuros planes de salud de los países americanos y de todas las organizaciones interesadas en cooperar con ellos en el ámbito de la salud.

### ***Los valores y principios reflejados en la Agenda de Salud para las Américas***

334. La Agenda de Salud para las Américas se enmarca en el respeto y la adhesión a los siguientes principios y valores:

335. *Derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusividad.* Con el propósito de hacer efectivo el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud posible, los países de la Región deben procurar el logro de la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusividad en los sistemas de salud, que a su vez deben rendir cuentas ante la ciudadanía con respecto al grado en que alcanzan estos fines.

336. *Solidaridad panamericana.* La solidaridad, definida como la colaboración entre los países de las Américas para el impulso de intereses y el avance de responsabilidades compartidas con el fin de alcanzar metas comunes, es una condición indispensable para superar las inequidades observadas en materia de salud y fortalecer la seguridad sanitaria panamericana durante crisis, emergencias y desastres.

337. *Equidad en salud.* La búsqueda de la equidad en el campo de la salud se manifiesta en el empeño por eliminar toda desigualdad de salud evitable, injusta y remediable entre poblaciones o grupos. En esta búsqueda se debe prestar especial atención a la equidad de género en la salud.

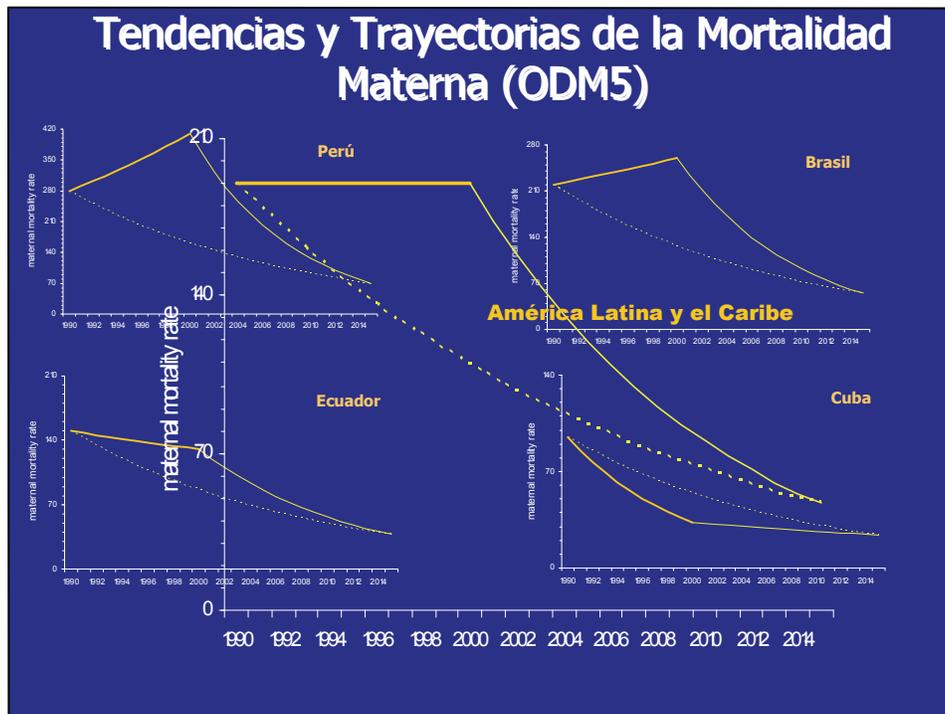
338. *Participación.* La oportunidad de toda la sociedad de participar en la definición y ejecución de las políticas públicas de salud y en la evaluación de sus resultados es esencial para la puesta en marcha y el éxito de la Agenda de Salud.

### **El progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio**

339. Un informe reciente coordinado por la CEPAL, en cuya elaboración participaron la OPS y otros organismos internacionales, ha resumido la situación de los ODM en los Estados Miembros de la OPS. Según este informe, América Latina y el Caribe han avanzado en mayor o menor medida hacia el logro de varios de los objetivos, pero algunos países están muy rezagados. El principal escollo es la inequidad persistente, que es éticamente inadmisibles. En ese sentido, los valores de justicia social deben servir de base para mejorar esta situación.

340. A juzgar por las tendencias observadas desde 1990, los adelantos se han producido principalmente en la reducción del hambre, la desnutrición, y la mortalidad infantil, en el mejor acceso a agua potable y en la equidad de género en materia de educación. No obstante estos adelantos, en algunos países se puede observar que el ritmo actualmente no se avanza a un ritmo suficiente para alcanzar la meta establecida para el año 2015 de reducir en dos terceras partes la mortalidad de menores de cinco años observada en el año 1990. Tampoco se ha progresado suficientemente en la reducción de la pobreza extrema y la mortalidad materna, la educación primaria para todos, la cobertura del saneamiento básico y la protección del medio ambiente.

341. El gráfico a continuación ilustra el camino que aún falta recorrer para poder cumplir uno de los ODM en América Latina y el Caribe.

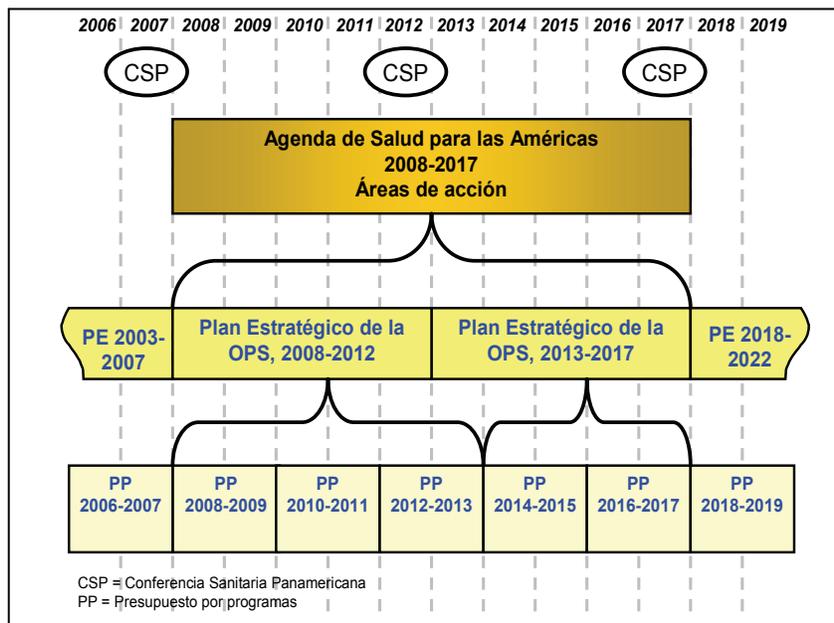


### El Plan Estratégico 2008-2012

342. El Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012 es el instrumento de planificación de más alto nivel de la OSP y responde tanto a la Agenda de Salud para las Américas como a la agenda sanitaria mundial aprobada con el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS. El plan, elaborado mediante un amplio proceso participativo, detalla 16 objetivos estratégicos de la cooperación técnica y sus resultados previstos para 2008-2012 y representa la totalidad del trabajo que la Oficina se propone llevar a cabo durante ese periodo.

343. El PE 2008-2012 presenta una correspondencia estrecha entre los planes de trabajo bienales de cada unidad orgánica, los resultados previstos y el presupuesto por programas. Ello elimina la necesidad de una planificación programática extensa cada dos años y permite usar las evaluaciones del presupuesto por programas de cada fin de bienio a manera de informes sobre la ejecución del PE 2008-2012.

## Instrumentos de planificación de la OPS: cronograma



344. El marco estratégico 2008-2012 da continuidad al 2003-2007. La OSP seguirá enfocando su cooperación técnica principalmente en los países más necesitados y en la agenda inconclusa; se esforzará por proteger los logros alcanzados hasta ahora en todos los países de la Región y velará en particular por los grupos de población desatendidos y más vulnerables, cumpliendo con ello el cometido de fomentar la equidad en y desde el campo de la salud.

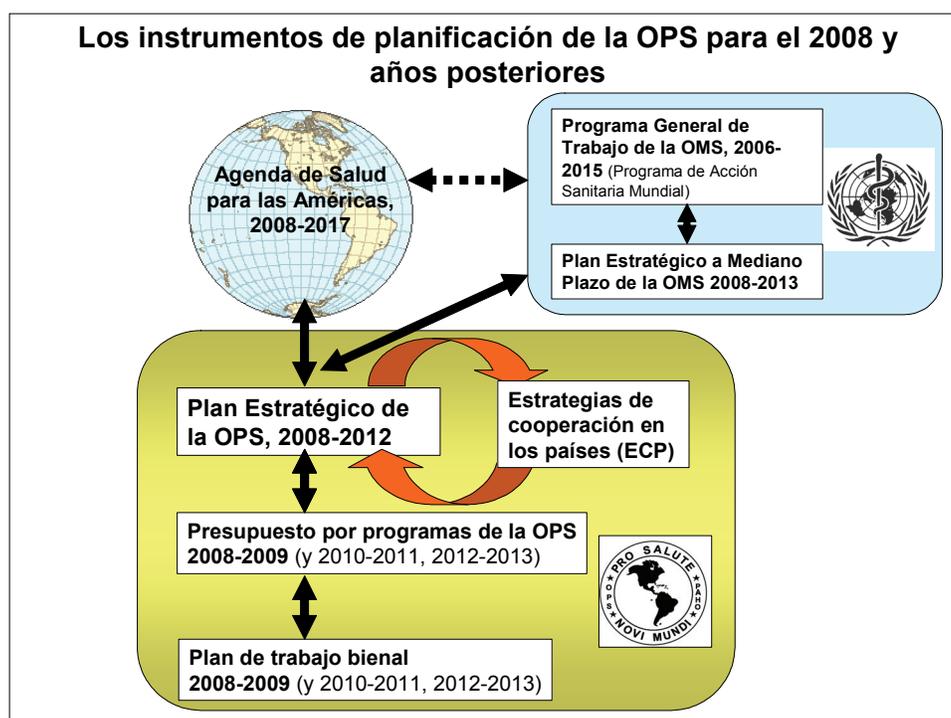
345. De acuerdo con la estrategia de cooperación centrada en los países, la OSP continuará aplicando la política del presupuesto regional por programas (PPRP). Se asignará una mayor proporción de los recursos institucionales a los programas de país y al nuevo nivel de asignación subregional, a fin de incrementar la asistencia técnica para los procesos de integración subregional de las Américas.

### El alineamiento con la OMS

346. El PE 2008-2012 concuerda, por primera vez, con el Undécimo Programa General de Trabajo y con el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS. Asimismo, los resultados previstos por la OSP representan la contribución de ésta a los resultados previstos para toda la OMS, y por primera vez los indicadores correspondientes se han hecho coincidir en los niveles regional y mundial. El proceso de convergencia programática con la OMS se ha llevado a cabo paulatinamente durante ciclos de planificación anteriores, reconociendo la función de la OSP como la Oficina Regional de la OMS para las

Américas. El PE 2008-2012 completa este proceso de integración programática a la vez que responde a los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS y otros foros importantes, entre ellos los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio.

347. El plan se apoya fuertemente en la armonización y convergencia de iniciativas y en la horizontalización y articulación de enfoques a fin de que todos los ejes de acción en los países y en la Sede se complementen sinérgicamente. El PE 2008-2012 orientará la planificación hacia la obtención de mejores resultados, facilitará la vigilancia y la notificación e incrementará la transparencia de las actividades de la OPS y la rendición de cuentas frente a los Estados Miembros. Por otra parte, los resultados previstos planteados tienen suficiente flexibilidad para permitir que la Oficina se adapte y responda a los nuevos retos que puedan presentarse. Hay una correspondencia estrecha entre los objetivos del PE 2008-2012 y las áreas de acción de la Agenda de Salud de las Américas.



### Los desafíos de un entorno cambiante

348. A los grandes desafíos de la salud pública definidos en la Agenda de Salud se suman otros a los que deberá hacer frente la OPS y que se desprenden de las profundas transformaciones de los últimos 30 años en la Región y en el mundo entero.

349. El número de actores y entidades que trabajan en el área de la salud se ha incrementado enormemente, forzando a la Organización a repensar su posición como organismo intergubernamental de cooperación técnica regional en materia de salud pública. Trabajar en equipo sin perder su identidad y manteniendo la adhesión a sus valores mientras contribuye a las tareas de los demás es un reto importante que enfrenta la OPS en la actualidad. Debe, al mismo tiempo, satisfacer nuevas expectativas en cuanto a la transparencia de sus procesos y la convergencia con otras entidades, así como encontrar mecanismos novedosos para movilizar recursos y establecer alianzas, especialmente en vista de que la Región —con una mayoría de países de ingresos medios a altos— no se considera prioritaria desde el punto de vista de la ayuda oficial internacional para el desarrollo.

350. La globalización económica facilita la transferencia de riesgos ambientales debido al cruce transfronterizo de personas y productos, la difusión de estilos de vida insalubres y un mayor comercio internacional de sustancias nocivas de consumo legal e ilegal. Sin embargo, la globalización también ha favorecido un fortalecimiento de los procesos democráticos en todo el mundo. Pero las graves inequidades persisten, junto con la inestabilidad económica y la inseguridad, factores que están generando un descontento social y minando la confianza del público en la democracia, sobre todo en su capacidad para ofrecer oportunidades y protección social. Recuperar esa confianza constituye otro gran desafío.

351. La globalización ha traído consigo otros fenómenos como la urbanización, la contaminación atmosférica y el aumento de las emisiones de dióxido de carbono. El impacto de estos factores sobre la salud, particularmente en países en desarrollo, aumenta día a día. Aunque a simple vista la vida urbana pareciera ser beneficiosa para la salud, en las grandes ciudades el acceso a los servicios es pobre y la calidad de vida se ha deteriorado. Reconociendo que la urbanización continuará en un futuro y que en unos cuantos años la mitad de la población del mundo residirá en zonas urbanas, la OPS ha realizado una serie de actividades con el objetivo de definir su enfoque estratégico frente a la salud urbana e identificar el estado actual de ésta en algunas ciudades de la Región.

352. El cambio climático es otro de los grandes desafíos para el sector de la salud. El Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC), en sus informes del 2001 y el 2007, destacó que se espera un calentamiento del planeta de 1,4 a 5,8 °C para 2100, junto con sus consecuencias para la salud y las catástrofes naturales que el fenómeno suele propiciar.

353. La Organización ha realizado un análisis de la problemática y dado a conocer su posición y visión futura acerca del cambio climático en dos encuentros internacionales de salud pública: Montreal 2006 y Vancouver 2007. Además, se realiza el seguimiento a la reunión de Barbados sobre los efectos del cambio climático para la salud.

354. Con la participación de representantes de los países de Centroamérica (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) y de diferentes instituciones nacionales e internacionales, se realizaron en San José, Costa Rica, en agosto de 2007 una conferencia y un taller sobre variabilidad y cambio climático y sus efectos en la salud en Centroamérica. Las conclusiones sirvieron como marco de referencia para la preparación de los proyectos y programas de la Organización en los próximos años.

### **La atención primaria de salud**

355. El 17 de agosto de 2007 se celebró la conferencia internacional Buenos Aires 30-15: De Alma Ata a la Declaración del Milenio, Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo “Derechos, Hechos y Realidades”. A la conferencia asistieron la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana y la Directora General de la OMS, la Dra. Margaret Chan.

356. En el marco de su visita a la Región de las Américas la Dra. Chan también estuvo en Uruguay, donde reafirmó el compromiso de la OMS de apoyar el proceso de reforma de Naciones Unidas, y en Brasil, donde se reunió con el presidente Lula para explorar la posibilidad de concertar acuerdos de cooperación sur-sur.

#### **Buenos Aires 30-15: de Alma Ata a la Declaración del Milenio**

Durante la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 1977, los países del mundo entero fijaron la meta de salud para todos en el año 2000 y acordaron que la estrategia adecuada para lograrla era la atención primaria de salud (APS). En septiembre de 1978, en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud convocada en Alma-Ata, República de Kazajstán, la OMS y el UNICEF lanzaron la Declaración de Alma-Ata, mediante la cual los Estados Miembros de la OMS adoptaron la estrategia de la APS como la vía más promisorio para lograr el acceso de toda la población a la atención sanitaria.

Próximo a su 30º aniversario, el Ministerio de Salud de Argentina auspició la conferencia internacional Buenos Aires 30-15: de Alma Ata a la Declaración del Milenio, con el objetivo de construir nuevos consensos y promover alianzas mundiales y regionales que fortalecieran las políticas de salud para la concreción de los ODM en el año 2015.

Se convocó a los ministros de salud de todas las regiones del mundo, expertos internacionales, autoridades sanitarias, funcionarios de organismos internacionales y técnicos, que debatieron sobre estas cuestiones. La declaración final conjunta, titulada «Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria», reafirmó la salud como factor generador del desarrollo y crecimiento de una nación y evidenció el compromiso de los países de desarrollar procesos que tengan en cuenta los valores y principios de la estrategia de APS para orientar las políticas, la estructura y las funciones de los sistemas de salud en todos sus niveles y para todas las personas.

357. El compromiso de los gobiernos de luchar por la equidad en materia sanitaria y cumplir los ODM, que consta en la resolución CD44.R6 aprobada por los Ministros de Salud en septiembre de 2003, exactamente 25 años después de Alma-Ata, ofrece la oportunidad de renovar la APS y reorientar los modelos de gestión, organización, financiamiento y atención hacia el desarrollo de sistemas de salud. En esta renovación, indispensable para lograr la equidad en el ámbito de la salud y mejorar la situación sanitaria de los países del continente, radica uno de los principales desafíos del sector de la salud.

### **La propiedad intelectual y las patentes**

358. El desarrollo de nuevos fármacos, vacunas y tecnologías de punta con calidad se ve dificultado por recientes debates en torno a la propiedad intelectual y las patentes. Aunque el respeto de los derechos de propiedad intelectual es muy importante cuando se elaboran nuevos productos, también es necesario lograr que los precios estén al alcance de la población. La Declaración de DOHA de la Organización Internacional del Comercio, emitida en 2001, establece que la salud pública debe tener primacía sobre los derechos patrimoniales de la propiedad industrial. Los países en desarrollo tienen la oportunidad de acogerse a ciertos aspectos flexibles del acuerdo TRIPS (*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*) para reducir el precio de los productos patentados.

359. Lamentablemente, la obtención de patentes sigue siendo poco frecuente en América Latina y el Caribe. Por ejemplo, de las 13.566 solicitudes de patentes presentadas en México en 2001, solamente 5% provinieron de entidades mexicanas, procurando favorecer al mismo tiempo a los trabajadores y beneficiar a las economías de los países destinatarios. La situación es especialmente alarmante en el caso de los antirretrovíricos y otros fármacos de alto precio, aunque Brasil ha sentado un precedente muy notable en esta área. La provisión de medicamentos genéricos a precios accesibles a la población es una de las intervenciones de salud más eficaces y contribuye a la equidad en materia de salud. Son pocas, además, las políticas de ciencia y tecnología que tienen en cuenta las políticas sanitarias nacionales. Por ende, es necesario estimular y fortalecer la gestión de los ministerios de salud en materia de investigación y desarrollo y en la producción, distribución, evaluación y uso de las tecnologías de salud. Las políticas de ciencia y tecnología deberán incorporar propuestas y medidas dirigidas específicamente al complejo industrial de la salud, ya que los países necesitan vacunas, sueros, hemoderivados, estuches de diagnóstico, equipos y otros insumos médicos de producción industrial.

### **La seguridad humana y la salud**

360. La salud está en el centro de la seguridad humana. Las enfermedades, los traumatismos, la discapacidad y las muertes evitables son todas amenazas críticas al bienestar y a la seguridad humana. La salud también es una condición indispensable para la estabilidad social y para el buen funcionamiento social y económico.

361. Algunas enfermedades infecciosas están convirtiéndose en amenazas de mayor alcance, más generalizadas y de más rápida difusión. A pesar de los notables adelantos médicos y tecnológicos, los más pobres del mundo siguen sufriendo una carga muy pesada. Lo traumatismos, la discapacidad y las defunciones por accidentes de tránsito y por actos de violencia interpersonal minan la consecución de los ODM y exigen formas nuevas e intuitivas de cooperación entre las autoridades de seguridad y las de salud pública. El concepto exhorta a una gama amplia de actores, permitiendo un abordaje más integral y profundo del problema.

362. La definición de las funciones esenciales de la salud pública en el campo de la seguridad humana le permitirá al sector de la salud legitimar su función y aprovechar su capacidad para invitar a otros a compartir con él el desarrollo de cooperación entre los sectores. En los últimos años la OPS se ha comprometido a incorporar el concepto de la seguridad humana en sus diferentes áreas de trabajo.

### **Rumbo a un mejor futuro**

363. Es esencial invertir en la salud pública y la atención primaria, pero también en las ciencias, la tecnología, la investigación y los recursos humanos. Un reto actual radica en poner al alcance de los países en desarrollo la información científica y técnica necesaria para mejorar su situación de salud, lo cual implica, a su vez, facilitar el acceso de las instituciones y de la población a los medios de comunicación electrónica y digital. Casi todos los países latinoamericanos y caribeños han quedado al margen de la revolución digital. Es imprescindible que se fomente en ellos la creación de redes de información y bases de datos que faciliten la vigilancia epidemiológica y la recolección y el análisis de los datos correspondientes.

364. Es necesario saber más sobre los factores determinantes —los institucionales tanto como los organizativos y gerenciales— que influyen sobre las disparidades étnicas y raciales en la calidad de la atención de salud. Si se quieren lograr intervenciones de salud eficaces, es preciso conocer el peso de los distintos factores que influyen sobre la salud.

365. En el transcurso del próximo quinquenio, la Organización profundizará su transformación institucional. Ello le permitirá fortalecerse como líder internacional en la esfera de la salud y como institución que alienta la participación de sus Estados Miembros en la definición de las políticas sanitarias; que cuenta con un sistema administrativo financiero mejorado; que aplica claros criterios de eficacia y equidad para la asignación de los recursos financieros; que goza de sólidas alianzas y asociaciones; que tiene una articulación fluida con la OMS; que sabe coordinar lo internacional, lo nacional y lo local en la agenda de salud, y que fomenta la participación comunitaria y social.

366. Se plantean una transformación para la acción y un proceso de renovación cuyos fines primordiales son alcanzar la equidad en materia de salud en toda la Región y poner la salud al alcance de todos como una efectiva contribución para crear sociedades incluyentes, solidarias y cohesionadas que promuevan el desarrollo pleno de sus ciudadanos. El PE 2008-2012 de la OSP brinda una respuesta estratégica flexible y coherente que contempla todos estos grandes retos y los desafíos planteados por la Agenda de Salud para las Américas, con la finalidad de ayudar a los Estados Miembros a afrontar los grandes retos del siglo XXI.

367. Es importante estimular un cambio estructural de la sociedad que permita a los ciudadanos ser los artífices de sus propios destinos mediante una activa participación comunitaria. Para ello, hay que dotar a los ciudadanos de mejores herramientas y de elementos que fortalezcan sus capacidades naturales a fin de que puedan realizar todo su potencial, particularmente los más jóvenes, en cuyas manos está la creación de un futuro mejor con sociedades más solidarias, equitativas e incluyentes.

- - -