



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



45.º CONSEJO DIRECTIVO

56.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 27 de septiembre-1 de octubre 2004

Punto 4.2 del orden del día provisional

CD45/4 (Esp.)
13 septiembre 2004
ORIGINAL: ESPAÑOL

LA SALUD, COMPONENTE ESENCIAL DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO EXPRESADOS EN LA DECLARACIÓN DEL MILENIO

--

INFORME ANUAL DE LA DIRECTORA 2004

A los Países Miembros:

De acuerdo con lo dispuesto en la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe anual correspondiente a 2003-2004 sobre las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. En él se analizan —dentro del marco del Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2002-2007 definido por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud— los hechos sobresalientes en el cumplimiento del programa de cooperación técnica durante el período.

Este informe se complementa con el *Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 1 de enero de 2002-31 de diciembre de 2003*.

Mirta Roses Periago
Directora

Contenido

| | |
|---|----|
| Un año de logros y nuevos desafíos | 4 |
| La salud, componente esencial de los Objetivos de Desarrollo expresados en la Declaración del Milenio | 6 |
| El marco de la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud | 10 |
| Cooperación técnica centrada en los países..... | 25 |
| Alianzas estratégicas en pro de la salud | 45 |
| La Organización Panamericana de la Salud en acción..... | 49 |
| Siglas y organismos o programas correspondientes..... | 51 |

Los Objetivos de Desarrollo expresados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas reflejan un consenso político sin precedentes sobre el estado del mundo y su visión del futuro. Establecen metas mensurables y plazos específicos para el progreso de la humanidad. Estas metas se pueden alcanzar si somos capaces de convertirlas en la bandera, en el sueño, en la aspiración y en el reclamo de personas, grupos, familias, comunidades y naciones. Pueden alcanzarse si somos capaces de entusiasmar y comprometer los esfuerzos individuales y colectivos de una multiplicidad de redes con idiomas, creencias y realidades diversas. Si somos capaces de regenerar la confianza, el entendimiento y la solidaridad entre los países.

Dra. Mirta Roses Periago

UN AÑO DE LOGROS Y NUEVOS DESAFÍOS

Debemos hacer lo correcto. Debemos hacerlo en los lugares apropiados. Y debemos hacerlo de la manera correcta.

Dr. LEE Jong-wook, Director General de la OMS

“Vamos a arrasar, como una ola de optimismo y determinación, a toda la sociedad continental y a sus amigos y aliados en un arrebatado de esperanza y de voluntad ...”

Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la OPS

Para la Organización Panamericana de la Salud, 2003 fue un año de grandes desafíos e importantes logros en materia de salud pública, donde la labor conjunta de todos los países demostró una vez más que el principal capital de la Región es su gente, su creatividad y su capacidad de trabajo. Fue asimismo el año en que se renovaron los compromisos para promover la salud para todos y reducir la exclusión social y las inequidades en salud, características que siguen marcando fuertemente la dinámica social, política y económica de la Región.

También fue el año en el que asumí la Dirección —el 1 de febrero—, para liderar desde ese momento los destinos de la Organización. Mi dirección se ha centrado en cumplir con la agenda inconclusa, proteger los logros alcanzados y enfrentar los nuevos desafíos en el ámbito de la salud con el fin de alcanzar las metas de desarrollo del milenio, renovando la atención primaria, extendiendo la protección social y buscando la equidad en salud.

El síndrome agudo respiratorio severo (SARS), primera epidemia del siglo XXI, demostró que el trabajo solidario, coordinado, transparente y conjunto de instituciones y países puede mitigar el daño que provocan las nuevas enfermedades en las poblaciones. Por su parte, los países centroamericanos y andinos negociaron colectivamente con la industria farmacéutica precios más accesibles para la compra de antirretrovirales, logrando así reducciones significativas en los costos con el fin de ampliar el acceso al tratamiento para las personas que viven con el VIH/SIDA.

En diciembre de 2003, Centroamérica fue declarada región libre de cólera, cinco años después de que los mandatarios de los países centroamericanos se comprometieran a eliminarlo firmando la Declaración de Costa del Sol, en respuesta a los efectos devastadores del Huracán Mitch.

Por primera vez en la Región, 19 países fijaron una fecha común para vacunar a la población susceptible e inmunizaron a más de 16 millones de niños. Durante la Semana de Vacunación de las Américas-2004 se vacunó a más de 40 millones de personas en toda la Región, en la segunda actividad colectiva simultánea en la que participaron todos los países de las Américas. Haití, a pesar de la grave crisis política, consiguió vacunar a 150.000 personas en municipios seleccionados.

A lo largo y ancho de toda la Región, trabajadores de salud, líderes comunitarios, dirigentes y grupos indígenas, religiosos, académicos y profesionales, voluntarios, autoridades sanitarias y políticas de todos los niveles conmemoraron los 25 años de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978.

En la fiesta de la Salud para Todos hubo cantos, bailes y poesías, debates y revisiones. Se honraron a los que participaron en la histórica convocatoria, a los que se adhirieron, a los pioneros y esforzados impulsores, y a los llamados “ministros de salud de Alma-Ata”, quienes iniciaron y aceleraron la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud en sus respectivos países.

Asimismo, en cumplimiento de los compromisos de gestión asumidos por la Oficina, se estableció una línea de acción que privilegia la transparencia, la eficiencia y la efectividad, con base en resultados visibles sobre el avance más acelerado y más equitativo del desarrollo sanitario regional. Se están estableciendo nuevos procesos e instrumentos con criterios de austeridad y prudencia en el manejo de los recursos de la Organización.

Queda mucho por hacer. Entre otras metas se cuentan las de erradicar el estigma y la discriminación que todavía sufren las personas que viven con VIH/SIDA, mejorar la calidad del ambiente (el tema central de la Semana de la Salud 2003 fue “Preparemos el futuro de la vida: ambientes saludable para los niños”), lograr que la población del continente sea más activa (solo 50% de esa población hace ejercicio físico como actividad cotidiana), y mejorar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Todos unidos hemos dado un paso firme en el logro del llamamiento conjunto. Conformamos un solo equipo con una misma meta: la salud de los pueblos de las Américas.

LA SALUD, COMPONENTE ESENCIAL DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO EXPRESADOS EN LA DECLARACIÓN DEL MILENIO

Los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio (ODM) han asignado a la inversión en salud de las personas un lugar preponderante en el programa de desarrollo del siglo XXI y proporcionan a la salud pública comunitaria un punto de acceso inestimable para mejorar la situación sanitaria de la población. Tres de los ocho ODM se refieren explícitamente a temas de salud: reducción de la mortalidad en la niñez; mejora de la salud materna, y control de la infección por el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades infecciosas. Siete de las 18 metas se relacionan directamente con la responsabilidad del sector de la salud: malnutrición, mortalidad en la niñez, mortalidad materna, infección por el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades infecciosas, agua potable y medicamentos esenciales. Esta prioridad asignada a la salud pone de manifiesto el nuevo consenso de que la salud no es solamente un resultado o consecuencia del desarrollo sino un factor crítico esencial para lograrlo.

Algunos de los mayores obstáculos que enfrentan los países de las Américas para alcanzar los ODM se encuentran dentro del área de la salud. Dada la fuerte y dinámica relación entre la pobreza y la situación de salud, una empresa difícil para el logro de los ODM es el progreso que se haga en la meta de reducir a la mitad la pobreza y el hambre para el año 2015. La reducción de las desigualdades es de especial importancia para las Américas. Las proyecciones actuales para toda la Región indican que, de mantenerse la actual tendencia, no se podrán alcanzar las metas establecidas para la mortalidad infantil y la mortalidad materna, si bien la situación varía notablemente entre los países y entre diferentes grupos de población, así como entre los indicadores proyectados. Por ejemplo:

- Mortalidad infantil. Un estudio de caso realizado por la OPS muestra que si no se modifican las tendencias actuales, la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años alcanzaría 54%, por debajo de los dos tercios (67%) establecidos como meta. En 2003, la tasa de mortalidad infantil varió de 5,3 por 1.000 nacidos vivos en el Canadá a 80,3 por 1.000 nacidos vivos en Haití.

- **Mortalidad materna.** Las tasas de mortalidad materna son también sumamente extremas, variando de 16 por 100.000 nacidos vivos en Cuba a 680 por 100.000 nacidos vivos en Haití. Durante el último decenio, la mortalidad materna aumentó en algunos pocos países y disminuyó de manera significativa en otros. Se calcula que la reducción anual necesaria como reflejo del esfuerzo adicional requerido entre los años 2000 y 2015 para alcanzar la meta varía de 1,6% en el Uruguay a 15,1% en Panamá.
- **VIH/SIDA.** La epidemia de VIH/SIDA está bien enraizada en las Américas, con una prevalencia nacional de infección por el VIH de por lo menos 1% en 12 países, todos ellos del Caribe, y una prevalencia de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas que excede de 2% en seis de ellos. En la mayoría de los otros países de la Región, la epidemia está más concentrada en ciertas áreas o grupos de población.
- **Malaria.** Se calcula que en el año 2002, 31% de la población de las Américas residió en zonas con algún riesgo potencial de transmisión de la enfermedad. Más de 80% de los casos notificados actualmente se originan en los nueve países que comparten la selva tropical amazónica en América del Sur. Dadas las amplias variaciones de la incidencia durante el último decenio, es difícil predecir su evolución y será necesario un esfuerzo concertado entre los países afectados para lograr la meta de la reversión de la epidemia.
- **Agua y saneamiento.** Según informes recientes sobre el progreso regional y mundial en relación con las metas de agua potable salubre y saneamiento básico, en América Latina y el Caribe 89% de la población contaba con acceso a fuentes de agua potable salubre en 2002, lo que representa un aumento de 6% comparado con 1990. La cobertura con saneamiento básico adecuado era de 75%, 6% más en comparación con 1990. Esto significa que aproximadamente 59 millones de personas en América Latina y el Caribe no tienen acceso a una fuente de agua potable salubre y que 134 millones carecen de saneamiento básico adecuado.
- **Medicamentos esenciales.** Se calcula que el número de personas que tiene acceso a los medicamentos esenciales en todo el mundo aumentó de 2.100 millones a 4.000 millones entre 1997 y 2003. En la Región de las Américas, menos de 53% de las personas con VIH/SIDA que requieren tratamiento con medicamentos antirretrovirales tienen acceso a los mismos, a pesar de la reducción considerable del precio de estos fármacos en los tres últimos años. La compra de medicamentos continúa representando hasta 25% del gasto de los hogares en algunos países de la Región, mientras que en otros se ha notificado que los medicamentos representan de 50% a 60% del gasto sanitario directo por unidad familiar.

En la actualidad, la OPS realiza un esfuerzo significativo para integrar los ODM en su programa de trabajo, tanto a nivel de país como regional, y fortalecer el apoyo a los países en el logro de las metas acordadas.

METAS ESTRATÉGICAS DE LA OPS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Abogacía: difundir las prioridades de salud fijadas por los ODM mediante una gama amplia de diálogos de política, alianzas y acción intersectorial.

Política: intensificar las actividades en materia de desarrollo sanitario nacional, abordar aquellos temas con escaso financiamiento en los sistemas de salud de los países prioritarios y asegurar la protección social en salud en los niveles regionales y locales para apoyar el progreso en el logro de los ODM con iniciativas de políticas sanitarias orientadas a resultados.

Cooperación técnica: apoyar a los países en la identificación y puesta en práctica de estrategias nacionales para el logro de los ODM relacionados con la salud.

Integración: integrar el trabajo vinculado a los ODM con otras actividades estratégicas en el campo del desarrollo sanitario, tales como la participación en la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, los intentos de integración subregionales y la identificación de los bienes públicos regionales hecha por el grupo “La OPS en el siglo XXI”.

Asociaciones: promover alianzas y aumentar la cooperación con otros socios, en particular con legisladores, ministros de finanzas y planificación, y coordinadores de desarrollo, política social y otras instituciones y actores clave para la ejecución y logro de los ODM a nivel de país.

Poder de decisión: promover la instrucción en salud de la población y el poder de decisión de las comunidades mediante una participación intensa de la sociedad civil en todos los niveles para lograr los ODM con un criterio especial inclusivo de los grupos étnicos, las poblaciones indígenas y las mujeres.

Monitoreo: mejorar la medición y el monitoreo del progreso mediante los datos de salud desagregados en los niveles regionales, subregionales y de país.

Investigación: iniciar investigaciones para fortalecer la base de pruebas científicas y generar nuevos conocimientos, y estudiar la sinergia entre la salud y el desarrollo.

En estas metas estratégicas trabajan juntos todos los niveles de la Organización —las oficinas en cada país, los centros panamericanos y la Sede regional— con los gobiernos, las instituciones de referencia y las autoridades, con el fin de responder a la urgencia impuesta por la realidad inaceptable de la inequidad en términos de ingreso que afecta al continente americano. Se ha creado en la Oficina un equipo estratégico para coordinar las acciones relacionadas con los ODM, que cuenta con un asesor principal de política y un grupo de trabajo con las áreas clave para el logro de los ODM. Se ha presentado el tema en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS y en las de gerentes regionales y subregionales llevadas a cabo en Guyana, Nicaragua y Chile.

Varias áreas de trabajo han reorientado sus actividades para el logro de los ODM. El Área de Salud de la Familia y Comunitaria revisó su presupuesto por programas para incluir los retos derivados de los ODM. El nuevo grupo de trabajo sobre atención primaria de salud consideró la importancia de los ODM en sus deliberaciones estratégicas. El Área del Desarrollo Sostenible y Salud rediseñó sus actividades para apoyar el logro de los ODM y definió la inclusión del movimiento de municipios saludables. Finalmente, se están aplicando la experiencia y la infraestructura conseguidas en la elaboración de los datos básicos de salud para facilitar el seguimiento de los indicadores de los ODM relacionados con la salud.

Si bien el empeño de la OPS en el logro de los ODM se centra especialmente en los países prioritarios, todos los niveles están respondiendo activamente y contribuyendo a la respuesta dentro de cada país. Se colabora estrechamente con el sistema de las Naciones Unidas para avanzar hacia el establecimiento de políticas sanitarias nacionales con una variada participación interinstitucional e intersectorial. Esta colaboración incluye la intervención en la planificación y formulación de los marcos de políticas nacionales de desarrollo definidos por las Naciones Unidas y las instituciones de Bretton Woods dentro del sistema de Evaluación Común para los Países y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo, y los Documentos de Estrategia de Reducción de la Pobreza, del Banco Mundial. La sincronización de sus contenidos se está reorientando para cooperar en la identificación de los grupos más vulnerables, así como en la realización de los ejercicios de apoyo y talleres nacionales para la armonización y recopilación de los datos e indicadores requeridos para el monitoreo de las metas de la Declaración del Milenio.

Los ODM han sido tema de discusión en diferentes foros destinados a lograr la integración subregional, tales como la Reunión del Sector Salud de Centro América y la República Dominicana (RESSCAD), la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y de América del Sur, y el Consejo de Desarrollo Humano y Social de la CARICOM. Son también parte de la Agenda Compartida, iniciativa conjunta del Banco Mundial, el BID y la OPS.

EL MARCO DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

La agenda inconclusa

La Región de las Américas continúa mostrando con orgullo los adelantos en materia de salud hechos por la mayoría de sus países. Sin embargo, en determinadas áreas persisten brechas importantes entre países y en el interior de los países, que ponen de manifiesto la inmensa deuda social acumulada en la Región.

Los rezagos que muestran algunos indicadores de salud de los países y de grupos de población con respecto a los promedios de la Región constituyen el punto de partida de la agenda inconclusa, entendida como la expresión de la voluntad política de la OPS y de sus Estados Miembros de centrar su atención en un grupo de objetivos prioritarios, entre los cuales los Objetivos de Desarrollo para el Milenio (ODM) ocupan un espacio crítico.

La agenda inconclusa refleja los principios de equidad y respeto al derecho individual y colectivo de disfrutar de condiciones dignas de vida, tal como se definió en el llamamiento de Salud para Todos.

Lucha contra la pobreza extrema y el hambre. Este objetivo es fundamental, porque casi todos los otros dependen de la superación de la carga generacional de exclusión y de la reducción de las desigualdades. En el marco de la Iniciativa de Países Pobres Muy Endeudados, Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua han incorporado a sus prioridades de salud las respectivas estrategias de reducción de la pobreza, y cuentan con el apoyo de la comunidad internacional para su aplicación. Brasil, Colombia, Jamaica y México están poniendo en práctica políticas de reducción de la pobreza que contemplan acciones multisectoriales con la participación activa del sector de la salud.

Reducción de la mortalidad en los niños menores de 5 años. El fortalecimiento de la estrategia AIEPI con su componente perinatal, aprobado por el 44.º Consejo Directivo de la OPS, es la contribución más importante realizada durante este período en relación con la meta de reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015. Como la estrategia AIEPI centra su atención en el control de las enfermedades y problemas de salud que

causan dos tercios de la mortalidad de los niños menores de 5 años, es una de las intervenciones principales a la que los países deben prestar especial atención para disminuir la tasa de mortalidad infantil.

Mejora de la salud materna. A pesar de los esfuerzos significativos y continuos realizados para ampliar y mejorar los servicios de salud materna en la Región —entre ellos, la puesta en marcha en los últimos años de seguros de financiamiento para la asistencia de la madre y el niño—, las tasas de mortalidad materna han mostrado solo leves cambios en el último decenio. No obstante, en Bolivia la tasa de mortalidad materna ha descendido 41%, al pasar de 390 por 100.000 nacidos vivos en 1993 a 230 por 100.000 nacidos vivos en el período 1999-2002. El Sistema de Información Perinatal desarrollado por el CLAP ha tenido un efecto significativo al fortalecer los sistemas de vigilancia para la morbilidad y mortalidad materna y perinatal de la Región.

La Oficina está aplicando la nueva estrategia para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas en América Latina y el Caribe aprobada en la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, teniendo presente que tanto la Conferencia como el grupo de trabajo sobre la mortalidad materna del Comité Coordinador Interinstitucional Regional recomendaron como meta regional a mediano plazo, reducir a menos de 100 las defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos.

Lucha contra el VIH/SIDA. El compromiso regional con la iniciativa de que tres millones de personas en el mundo en desarrollo tengan acceso al tratamiento antirretroviral para fines de 2005 representa un punto clave de la respuesta a la epidemia de infección por el VIH. La OPS está trabajando con todos los países para ampliar el acceso a la terapia antirretroviral a las personas que viven con VIH, particularmente en los países de Centroamérica y el Caribe.

Los Jefes de Estado de los países de las Américas, con asesoramiento técnico de la OPS, contrajeron el compromiso de asegurar tratamiento antirretroviral para 600.000 personas para 2005 en la Declaración de Nuevo León, firmada por 34 países reunidos en la Cumbre Extraordinaria de las Américas que se realizó en México en enero de 2004.

El desarrollo de un análisis de la situación regional ha permitido priorizar a los países con más carga y con menos cobertura de tratamiento antirretroviral. Estos son Haití, la República Dominicana, Belice, Jamaica, Trinidad y Tabago, Guyana, Suriname, Honduras, Guatemala y El Salvador. La OPS ha continuado apoyando a los países de la Región en el diseño de nuevas propuestas para presentar ante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) y ha mantenido su compromiso de contribuir con los países en la ejecución y seguimiento de las que ya han resultado favorecidas por subvenciones del Fondo.

Acceso a medicamentos esenciales. Los resultados exitosos de las primeras rondas de negociaciones sobre los precios de los medicamentos antirretrovirales en el Caribe, Centroamérica y los países del Área Andina pusieron de manifiesto la necesidad de adoptar un enfoque integral para promover el acceso a los medicamentos en toda la Región. La Oficina inició un proceso consultivo en julio de 2003 realizando un examen preliminar como base para la definición de las prioridades de atención en el acceso a los medicamentos y suministros de salud pública considerados esenciales. En junio de 2004 se presentó a la 134.^a sesión del Comité Ejecutivo una propuesta orientada a mejorar la disponibilidad de y el acceso a suministros de salud pública de calidad en la Región. Las líneas estratégicas definidas incluyen:

- La promoción de una política farmacéutica genérica coherente para aumentar la disponibilidad y el uso de medicamentos esenciales de calidad.
- La elaboración de estrategias de contención de costos para los suministros esenciales de salud pública, que aborden los temas de fijación de precios y propiedad intelectual.
- El fortalecimiento de los sistemas de distribución de productos básicos de salud pública para asegurar la continuidad en el suministro.
- El establecimiento de mecanismos de adquisiciones —entre ellos el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS (el Fondo Estratégico)— que fortalezcan la capacidad, la programación y la planificación en cada país.

Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Se han concretado alianzas estratégicas regionales, subregionales y nacionales que hacen hincapié en un abordaje multidireccional de la problemática indígena. Ello se refleja en la colaboración en otros proyectos regionales como la Iniciativa “Hacer Retroceder la Malaria” y la estrategia AIEPI; la conformación de coaliciones intra e intersectoriales con los ministerios de salud, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, el Fondo Indígena y otras instancias gubernamentales y no gubernamentales, y la participación de la OPS en foros regionales y mundiales, tales como la V Conferencia Iberoamericana sobre la Niñez Marginada, Indígena y Afrodescendiente (2003) y la Segunda (2003) y Tercera (2004) Sesiones del Foro Permanente de las Naciones Unidas sobre Asuntos Indígenas.

La incorporación del enfoque intercultural en los modelos de atención, entendido como la armonización entre los sistemas de salud indígenas y los convencionales, se ha seguido priorizando durante este período. Este enfoque ha demostrado ser una estrategia válida para mejorar la calidad y el acceso a la atención de salud en general, y solucionar problemas prioritarios tales como la mortalidad materna, la mortalidad infantil, la falta de agua y saneamiento, la malaria, la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

El progreso en la disponibilidad de información desagregada por las variables de etnia y género en países como Brasil, Ecuador, Guatemala y Nicaragua ha fortalecido la capacidad gerencial y la adaptación de estrategias e intervenciones al contexto sociocultural de la población. La evaluación de la Década Internacional de los Pueblos Indígenas, el renovado compromiso con la atención primaria de salud y el trabajo para alcanzar los ODM son oportunidades para avanzar hacia el logro de la equidad en un contexto de respeto y reconocimiento de la diversidad cultural de los pueblos de las Américas.

Durante 2003, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Ejecutivo, se inició la incorporación del enfoque de sensibilidad y transversalidad étnicas en las políticas públicas de salud. Los objetivos específicos en el marco de la equidad en salud son contribuir a la inclusión social de las minorías étnicas y raciales, mejorar sus condiciones de salud y de vida, y contribuir a superar los factores de discriminación que persisten por razones históricas y que constituyen barreras a la igualdad de condiciones en la situación de salud y en el acceso a los servicios.

Las áreas prioritarias definidas por la OPS para lograr la incorporación de la sensibilidad étnica en las políticas de salud son: trabajar con las instituciones encargadas de recabar información estadística y con los ministerios de salud a efecto de introducir la variable étnica en las estadísticas nacionales; recolectar y sistematizar experiencias exitosas en el campo de la información y de la organización de servicios; apoyar a los ministerios de salud en la reformulación de políticas, planes y programas de salud con sensibilidad étnica; promover el desarrollo de habilidades en la sociedad civil que permitan la participación eficaz en el diseño de los planes de salud con sensibilidad étnica; trabajar coordinadamente con el PNUD y otros organismos e instituciones financieras internacionales con el fin de introducir la sensibilidad étnica en los planes para alcanzar los ODM.

Enfermedades desatendidas en poblaciones desatendidas. Las personas pobres tienden a soportar una alta carga de morbilidad por una serie de enfermedades transmisibles. También tienden a ser marginadas por el sector de la salud, así como lo son las enfermedades que las afectan. Este conjunto, conocido como “las enfermedades desatendidas en poblaciones desatendidas”, plantea un reto formidable en cuanto al cumplimiento de los ODM y de los compromisos contraídos por los Estados Miembros, algunos de los cuales persisten desde la realización de la Conferencia de Alma-Ata en 1978, por lo que se incluyen en la agenda inconclusa.

La OPS ha prestado mucha atención a la elaboración de una estrategia capaz de abordar estas enfermedades mediante un enfoque integrado e interprogramático con el fin de controlar los numerosos riesgos para la salud y favorecer los factores protectores en el corto y mediano plazo. La filariasis linfática, las geohelmintiasis, la esquistosomiasis y la oncocercosis han sido abordadas por la

Organización dada su condición de enfermedades erradicables. Otras enfermedades y problemas de salud pública desatendidos, como la peste y el tífus, se incorporarán próximamente en el trabajo conjunto y de cooperación horizontal.

Protección de los logros alcanzados

Las crisis económicas y políticas que afectan a varios países de la Región han puesto de manifiesto la fragilidad y vulnerabilidad de los sistemas de salud, así como la necesidad de continuar prestando atención al mantenimiento de los importantes logros alcanzados en materia de salud. Por esta razón, se impone seguir contribuyendo a la preservación de todas las conquistas, con objeto de mejorar la eficiencia de los sistemas de salud y promover el incremento de los presupuestos nacionales para salud y la movilización de más recursos de cooperación externa en la Región.

Reducción de la morbilidad debida a la tuberculosis. América Latina y el Caribe han alcanzado importantes logros en el control de la tuberculosis mediante la estrategia DOTS (tratamiento de corta duración directamente observado), aplicada actualmente en 25 países con diferentes niveles de cobertura. En el último decenio, el número de casos de tuberculosis ha permanecido estable, con una leve y constante disminución entre 1999 y 2002. En 2002 se registraron 233.648 casos, de los cuales 127.354 fueron comprobados por baciloscopia positiva.

En el mismo año, América Latina y el Caribe contribuyeron con 4,2% del total de nuevos casos de tuberculosis registrados en el mundo. La Región de las Américas fue la más exitosa en la detección de casos, con una tasa general de detección por baciloscopia positiva superior a 70%, en comparación con el promedio mundial de 44%. El éxito en la tasa de tratamiento es de 81% en las áreas donde se aplica la estrategia DOTS, comparada con 58% en las áreas donde no se aplica.

El objetivo del Plan de Acción Regional (2004-2005) es ampliar la estrategia DOTS en todos los países, haciendo hincapié en Guyana, Suriname y otros países de habla inglesa del Caribe, y mantener los logros regionales. En 2003, 73% de la población tenía acceso al tratamiento DOTS; la meta es llegar a 80% para 2004.

Fortalecimiento y ampliación de los programas de vacunación. La OPS ha seguido brindando su apoyo para el control apropiado, la eliminación y la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación, haciendo hincapié en las estrategias dirigidas a reducir las desigualdades de salud, fortalecer el compromiso político para la inmunización y promover la prevención.

Con el fin de reducir las disparidades de cobertura, la OPS y los países del Área Andina convocaron en 2003 a una semana de vacunación anual en las Américas, la cual en 2004 fue adoptada por todos los países de la Región.

En el campo de nuevas vacunas, la exitosa introducción de vacunas contra *Haemophilus influenzae* tipo b y la hepatitis B en 34 y 33 países, respectivamente, ha servido como incentivo para fortalecer los servicios de vacunación rutinarios y para evaluar la posible introducción de otras vacunas que vayan apareciendo. En 2003 se establecieron criterios de vigilancia epidemiológica para los rotavirus, causantes de la mayor parte de los casos de gastroenteritis grave en los lactantes. Con esa información se podrá evaluar el costo-efectividad de la introducción de una vacuna en los países. Se evaluará de igual manera la introducción de otras nuevas vacunas. La OPS formó un grupo de trabajo técnico para favorecer la rápida introducción de una vacuna contra el virus del papiloma humano, que tendrá el potencial de reducir extraordinariamente la incidencia del cáncer cervicouterino, una de las principales causas de muerte en las mujeres de las Américas.

Casi todos los países tienen fondos nacionales dedicados al Programa Ampliado de Inmunización; en 22 de los 24 países que han enviado información, estos fondos cubren más de 90% del costo de los programas rutinarios de vacunación. Sin embargo, persiste el obstáculo del alto costo de las nuevas vacunas y del mantenimiento de los otros componentes del programa. El Fondo Rotatorio de la OPS estableció contratos para 18 vacunas y en 2003 gestionó compras para 38 países por un monto de US\$ 145 millones.

Estimulado por el éxito obtenido en la lucha contra la poliomielitis y el sarampión, el 44.º Consejo Directivo de la OPS aprobó, a propuesta de los países del Caribe, una resolución en apoyo al objetivo de eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita para el año 2010. Hasta la fecha, 42 países y territorios han incorporado la vacunación contra la rubéola en sus programas de inmunización, y algunos han realizado con éxito campañas de inmunización conjunta contra el sarampión y la rubéola. La eliminación del síndrome de rubéola congénita exige extender la cobertura a los hombres y las mujeres adultos. Aunque difícil, esta tarea es posible, como lo demuestran las experiencias de Costa Rica —donde en 2001 se vacunó a 98% de los hombres y las mujeres de 15 a 39 años— y las exitosas campañas realizadas en el Ecuador y El Salvador en 2004.

Fiebre aftosa. Durante 2003 continuaron en ejecución los programas de prevención, control y erradicación de la fiebre aftosa enmarcados en el Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa. Las actividades se extendieron a un universo de 5,3 millones de rebaños que comprendieron 325 millones de bovinos, 52 millones de ovinos, 17 millones de caprinos, 40 millones de porcinos y 7,3 millones de camélidos. El programa está bajo la gerencia de los servicios

veterinarios de los países, que para cubrir su territorio y ejecutar las acciones desplegaron un total de 2.719 unidades locales de atención y contaron con 4.114 veterinarios. En conjunto, durante 2003 las iniciativas públicas y privadas invirtieron más de US\$ 300 millones en la prevención, control y erradicación de la enfermedad.

Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud. Con esta Iniciativa, lanzada en 1995, la OPS ha logrado consolidar el proceso de recolectar datos básicos de salud a nivel regional y de países con la participación activa de las autoridades nacionales, las oficinas de países y los centros panamericanos. Como resultado, se cuenta con un conjunto mínimo de 109 indicadores recolectados anualmente que permiten caracterizar la situación y las tendencias de salud en los países de las Américas. La iniciativa responde a los mandatos de los Estados Miembros y a las diferentes necesidades de monitoreo de la OPS. Con ella es posible evaluar el avance de los indicadores en las metas de salud, entre los que se destacan 12 vinculados al cumplimiento de los ODM.

En 2003, una evaluación realizada por la OPS sobre el alcance y el impacto de la Iniciativa encontró que esta había sido implantada en 30 Estados Miembros de la Región a través de la Iniciativa Nacional de Datos Básicos de Salud, y que se había utilizado para la medición de desigualdades y necesidades, la definición de prioridades y la evaluación de programas, lo que indica la diversidad de su impacto. Entre 1995 y 2003, el número de países que actualizaron y distribuyeron periódicamente un folleto u otras formas impresas o electrónicas para diseminar indicadores básicos pasó de 5 a 24. Además, diversas actividades subregionales e interpaíses han resultado en la publicación de folletos de indicadores básicos de la situación de salud en Centroamérica y la República Dominicana y en la frontera entre México y los Estados Unidos de América, respectivamente.

Monitoreo y análisis de las inequidades de salud. Se han desarrollado considerables capacidades relacionadas con la medición de inequidades en cuanto a los determinantes socioeconómicos —pobreza, género, etnia, ubicación geográfica, educación, empleo, vivienda y saneamiento— y sus implicaciones, incluidas las de salud. Dichas capacidades se han centrado en la realización periódica de diferentes encuestas de hogares, como las encuestas de condiciones de vida (promovidas por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la CEPAL), las encuestas de demografía y salud (promovidas por la USAID), las encuestas nacionales de pobreza (promovidas por el Banco de Desarrollo del Caribe) y la encuesta mundial de salud (promovida por la OMS en coordinación con la OPS). Además de colaborar con las oficinas nacionales de estadísticas y censo en el diseño de dichas encuestas, el sector de la salud utiliza cada vez más los resultados de las mismas para el desarrollo y la evaluación de sus políticas de salud. Al mismo tiempo, estas encuestas

han contribuido a que los sistemas de información en salud sean más sensibles a los determinantes socioeconómicos de las condiciones de salud de las respectivas poblaciones nacionales.

Biblioteca virtual de salud. En 2003, las actividades más destacadas de la Oficina en este campo fueron el lanzamiento y construcción conjunta con los países de la Región, de la Biblioteca Virtual Temática sobre Ciencia y Salud (<http://cys.bvsalud.org>); la puesta en funcionamiento de la Red de Fuentes de Información para la gestión de la ciencia, la tecnología y la innovación, denominada Red ScienTI, con la participación de ocho países de la Región (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Panamá, Perú y Venezuela), y la realización en Santiago, Chile, de la Primera Conferencia de Consenso Ciudadano sobre Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Esta última actividad, que contó con los auspicios de la Biblioteca del Congreso de la República, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y el Ministerio de Salud de Chile, significó un adelanto en el establecimiento de mecanismos de consulta ciudadana sobre problemas que plantean la ciencia y el desarrollo tecnológico y que repercuten directamente sobre la salud de la población.

Información y gestión del conocimiento. Entre los cambios introducidos en la Oficina se cuenta el establecimiento del Área de Información y Gestión del Conocimiento. El Área tiene por objeto asegurar que las políticas, los procesos, la tecnología y los recursos humanos se coordinen y administren de manera tal que favorezcan la generación del conocimiento y la utilización y difusión de la información. Se apunta a procesos que generen y aseguren valor agregado a partir del capital intelectual y de conocimiento disponible dentro de la propia Organización, para lo cual se debe organizar, recolectar y difundir el conocimiento y asegurar su flujo continuo y su calidad a través de la multiplicidad de redes y alianzas institucionales y de expertos creadas en la Región. Cada nivel de la Organización debe definir un enfoque estratégico para su participación en la gestión abierta y colectiva de la información y el conocimiento.

Se creó un grupo sobre la difusión del conocimiento que identificó varios obstáculos, entre ellos la compartimentalización de las operaciones, la falta de interoperabilidad y la ausencia de colaboración entre equipos. Se elaboró una propuesta para superar esta situación y avanzar rápidamente hacia una Organización basada en el conocimiento eficaz con arreglo a cuatro condiciones deseables de funcionamiento: ser una fuente autorizada de conocimiento e información sanitaria; basarse en la colaboración efectiva entre todos los niveles; centrarse en el aprendizaje permanente, y construir alianzas y redes.

Mitigación de los efectos que provocan las emergencias y los desastres. La Oficina ha seguido promoviendo el desarrollo de capacidades nacionales e intersectoriales para reducir la vulnerabilidad a los desastres en el sector de la salud. El logro más importante durante 2003 fue el

diseño del Plan de Reducción de la Vulnerabilidad a los Desastres Subregionales para el Sector Salud en Centroamérica, Belice y la República Dominicana, que fue aprobado por los Ministros de Salud durante la XIX RESSCAD celebrada en agosto de 2003. La red de coordinadores de desastres en toda Centroamérica, liderada por el Ministerio de Salud de Nicaragua, desempeñó un papel fundamental en la elaboración de este Plan, que es un reflejo de la experiencia que dicha red ha acumulado en este campo.

Sostenibilidad del medio ambiente. La OPS condujo durante 2003 la evaluación regional de los servicios municipales de manejo de residuos sólidos en América Latina y el Caribe. Esta evaluación dio mayor visibilidad a la importancia del manejo adecuado de los residuos sólidos para la salud, situación crítica en muchos países y una de las empresas más arduas para las autoridades, los prestadores de servicios y la comunidad.

De igual manera, la OPS —al celebrar el Día Mundial de la Salud 2003, cuyo lema fue: “Preparemos el futuro de la vida: ambientes saludables para los niños”— contribuyó a impulsar actividades para mejorar la salud y el bienestar de los niños de las Américas y a garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Cabe mencionar que entre las recomendaciones que se formularon en un taller sobre amenazas ambientales a la salud infantil en las Américas se incluyen las de aumentar la conciencia sobre la salud ambiental en los niños; facilitar el intercambio de la información; preparar perfiles de salud ambiental infantil; definir políticas de salud ambiental para la protección de los niños y los adolescentes de la Región, y fortalecer la recolección y notificación de indicadores de salud ambiental infantil.

Respuesta a nuevos y viejos desafíos

El siglo XXI se inició con nuevas enfermedades y nuevos desafíos —como el causado por las amenazas del terrorismo internacional y nacional— que nos han obligado a usar toda nuestra voluntad, tesón y capacidad de compromiso para asumir los retos. Sin embargo, se debe llamar la atención también sobre la existencia de viejos desafíos aún vigentes, que siguen siendo una fuente de preocupación.

Exclusión social, pobreza y salud. Durante el año 2003 se intensificó el trabajo de cooperación técnica en el área de protección social en salud iniciado en 2001 con el proyecto “Extensión de la protección social en salud”. El proyecto es parte de una estrategia diseñada en conjunto por la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) y la OPS para abordar, extendiendo la protección social en salud, el problema de la exclusión en materia de salud en los países de América Latina y el Caribe. Dada la relevancia de este proyecto y el impacto del tema a

nivel internacional, la OPS incorporó la protección social en salud como un eje de cooperación técnica en el cual se pueden distinguir cuatro grandes líneas de trabajo:

- La caracterización y medición de la exclusión en salud.
- El diseño y la realización de actividades para impulsar el diálogo social con el fin de identificar acciones orientadas a la eliminación de la exclusión en salud.
- La promoción de los derechos y las responsabilidades en salud.
- El apoyo a la identificación de estrategias para la extensión de la protección social en salud.

PRINCIPALES LOGROS DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA PARA LA EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

- Se cuenta con la versión definitiva de una guía para el diseño y la realización de actividades que impulsen el diálogo social en salud, revisada y validada por un grupo de expertos.
- Se ha desarrollado una metodología para la caracterización de la exclusión en salud que permite cuantificar la magnitud de la exclusión, su severidad y su intensidad; identificar el perfil de los excluidos y su localización geográfica, y discriminar el peso de las variables específicas de exclusión en salud en cada caso.
- Se ha validado esta metodología que ya se encuentra disponible para todos los países.
- Se ha difundido la información obtenida sobre la exclusión en salud y se cuenta con una publicación que sistematiza los resultados de su caracterización en Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y la República Dominicana. Esta publicación es la primera en su tipo en América Latina y el Caribe.
- Tres nuevos países (Bolivia, El Salvador y Nicaragua) han solicitado iniciar la caracterización de la exclusión en salud en el año 2004.
- En el Ecuador está en marcha el proceso de diálogo social, y se ha incorporado la extensión de la protección social en salud en la agenda política del país.
- En Guatemala y el Perú ha comenzado la preparación para el diálogo social, y la extensión de la protección social en salud se ha incluido en las agendas políticas de ambos países.

Nutrición. La seguridad alimentaria y nutricional es el estado en el cual todas las personas gozan de acceso a los alimentos que necesitan —en cantidad y calidad—, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar que coadyuve al desarrollo.

Diferentes Cumbres presidenciales han acogido la Iniciativa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Los Ministros de Salud de Centroamérica, con el apoyo técnico y científico del INCAP, la OPS y la Organización General del Sistema de Integración Centroamericana, están impulsando esta estrategia para el abordaje de los ODM.

Las actividades se han dirigido a:

- Integrar la seguridad alimentaria y nutricional en procesos e iniciativas de desarrollo local orientados a la transferencia de tecnología para la producción de alimentos, el mejoramiento de los hábitos de consumo y el fortalecimiento de acciones de salud y nutrición en la comunidad.
- Garantizar la seguridad alimentaria y nutricional en las políticas y planes, fortalecer el funcionamiento de las comisiones políticas multisectoriales y los equipos técnicos en la coordinación de acciones nacionales, y orientar la formulación de marcos normativos.
- Desarrollar programas e intervenciones de carácter nacional, sectorial y local promoviendo la participación comunitaria.
- Asignar o reorientar recursos destinados a apoyar actividades intra e intersectoriales para el logro de la seguridad alimentaria y nutricional.
- Promover y velar por el cumplimiento de la legislación relacionada con la producción, comercialización, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos.
- Fortalecer la capacidad institucional local, nacional y regional para el diseño, ejecución y evaluación eficaces de programas y proyectos en el campo de la seguridad alimentaria y nutricional.
- Mejorar la calidad de las decisiones sobre producción y consumo de alimentos mediante la educación y comunicación, la capacitación en servicio y la formación de recursos humanos.
- Impulsar y reforzar la vigilancia de la situación alimentaria y nutricional, así como el monitoreo y la evaluación de intervenciones en materia de alimentación y nutrición, con el fin de mejorar la eficacia de los programas nacionales.

La OPS promovió una alianza con otros organismos en el campo de la seguridad alimentaria y el desarrollo local con el enfoque de municipios productivos, incorporando la promoción de la salud animal y la protección de la calidad de alimentos a lo largo de toda la cadena productiva. Se firmaron nuevos acuerdos con el IICA, el OIE, el OIRSA, la FAO, el UNICEF y el PMA para promover estrategias que incluyen la reducción de la vulnerabilidad frente a los desastres naturales y las nuevas amenazas de bioterrorismo.

Enfoque de equidad de género. Con el propósito de crear marcos conceptuales y recoger pruebas empíricas para la integración de una perspectiva de equidad de género en las políticas del sector de la salud, la OPS puso en marcha una iniciativa intersectorial en el nivel regional y en dos países de la Región (Chile y Perú) dirigida a fomentar acciones coordinadas entre los gobiernos y la sociedad civil. La iniciativa tiene los siguientes objetivos: 1) la documentación y análisis de las inequidades de género en salud y de su asociación con políticas sectoriales; 2) la comunicación de

esta información a actores clave, con el fin de sensibilizar e informar a los encargados de tomar las decisiones y potenciar la acción de grupos de la sociedad civil que abogan por la equidad de género, y 3) la formación de redes multisectoriales para influir en los procesos de formulación y monitoreo de políticas.

La creación de una base de datos, la publicación de información estadística sobre equidad de género y salud, y la elaboración de guías para el trabajo en los países referidos a la medición, el análisis y el monitoreo de las inequidades de género en materia de salud representan importantes contribuciones para la integración en las reformas del sector de la salud. Otras iniciativas, tales como la realización de foros virtuales y presenciales sobre el tema amplio de género y reforma, la creación de una página web y la incorporación del cuidado no remunerado de la salud que se presta en los hogares dentro del sistema de cuentas nacionales, son dignas de mención. También se destaca la alianza con el Banco Mundial y el Fondo de Población de las Naciones Unidas para el establecimiento de un programa regional de capacitación sobre reforma del sector de la salud y análisis de género, y salud y derechos sexuales y reproductivos.

Reconquistar la identidad, el orgullo y compromiso social de los trabajadores y de las organizaciones de salud. La OPS reconoce la necesidad de reubicar el debate y la gestión de los recursos humanos para la salud en el terreno de las políticas de personal. Existe el convencimiento de que no es posible viabilizar políticas de transformación en este campo tan crítico, sin un proceso de construcción de consenso que permita la actuación coordinada de los diversos actores participantes.

Por esta razón, el afianzamiento de las estructuras para la formulación de políticas basadas en pruebas, constituyó un eje de la cooperación técnica en este período a través del apoyo a los grupos que participan en la Iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos, en la que se han integrado 21 países de la Región. Este afianzamiento permitió establecer un diálogo en red en los países y entre países. El siguiente cuadro muestra el avance realizado en el desarrollo de políticas de recursos humanos con el apoyo de la Iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos.

Avances en políticas de recursos humanos en la Región con el apoyo de la Iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos

| País | Estudios nacionales | Grupos intersectoriales de análisis de información en instancias nacionales de planificación | Discusión de normas de regulación del trabajo y la carrera del personal de salud | Observatorio integrado a las actividades regulares del gobierno |
|----------------------|---------------------|--|--|---|
| Argentina | * | * | | |
| Belice | | * | | |
| Brasil | * | * | * | * |
| Bolivia | * | * | * | |
| Canadá | * | * | | |
| Chile | * | | * | |
| Colombia | * | * | * | * |
| Costa Rica | * | | | |
| Cuba | * | * | | * |
| Ecuador | * | * | * | * |
| El Salvador | * | * | | |
| Jamaica | * | | | |
| México | | * | * | |
| Nicaragua | * | | | * |
| Panamá | | | * | |
| Perú | | * | | * |
| Puerto Rico | * | | | |
| República Dominicana | * | | * | |
| Santa Lucía | | * | | |
| Uruguay | * | | | |
| Venezuela | * | * | | * |

En 2003 también se establecieron nuevas relaciones a nivel subregional, en particular en el Caribe y en el MERCOSUR, dada la existencia de procesos interpaíses de regulación internacional del ejercicio profesional y la migración de profesionales de salud que requieren la definición de políticas comunes.

Convenio para reducir el consumo de tabaco. El 92% de los países de las Américas ha firmado el Convenio Marco para el Control del Tabaco patrocinado por la OMS, como expresión de la voluntad política orientada a reducir el consumo de esta sustancia adictiva que mata a más de un millón de personas al año en la Región. Las Américas es la región con mayor porcentaje de firmantes, luego de la del Pacífico Occidental. En todo el mundo, 168 países han firmado el Convenio.

La OPS, como parte integrante del secretariado del Convenio, facilitó seis reuniones internacionales preparatorias o de negociación. Con posterioridad a su adopción, la OPS divulgó el Convenio entre los gobiernos y llevó a cabo un taller de sensibilización sobre el mismo. Después de la realización de este taller, la mitad de los países participantes avanzaron en el proceso de ratificación, ya sea firmando, si no lo había hecho todavía, o aprobando la ratificación del Convenio. México ha

depositado el instrumento de ratificación en la ONU, y se convirtió así en el primer país de las Américas en hacerlo, y Panamá, Perú y Trinidad y Tabago ya han aprobado la ratificación y están en proceso de hacerla efectiva ante la ONU.

Seguridad vial. En ocasión de la celebración del Día Mundial de la Salud 2004, cuyo lema fue “La seguridad vial no es accidental”, la OPS llevó a cabo un conjunto de actividades durante la semana del 7 al 13 de abril. En la sesión del 7 de abril se presentó la política de la OPS/OMS para la prevención de lesiones causadas por el tránsito. Se dio a conocer el *Informe mundial sobre la prevención de los traumatismos causados por el tránsito*, una publicación conjunta de la OMS y el Banco Mundial que la OPS editó en español. Estas actividades sirvieron para colocar a la inseguridad vial en la agenda colectiva ciudadana como una prioridad social y de salud pública que afecta a toda la población, pero que es también fuente de inequidades, puesto que la mayor exposición al riesgo en los países en desarrollo son los usuarios del transporte público, los peatones, los ciclistas y los motociclistas. También son grupos muy vulnerables los sectores más pobres, los ancianos, los niños y los emigrantes del campo a la ciudad. Millones de personas sufren lesiones en la vía pública y se hallan desprotegidas para hacer frente a los gastos médicos y a los tratamientos de rehabilitación.

La semana de la salud de las Américas se celebró en todos los países. Se realizaron diversos paneles de discusión con jóvenes que relataron experiencias exitosas, organizadas y dirigidas por ellos mismos, y en las que se fomentaron conductas seguras; con varios expertos sobre el problema del consumo de alcohol y la conducción de vehículos, y sobre seguridad para los conductores profesionales; finalmente, con la policía y organizaciones no gubernamentales sobre seguridad para los peatones.

Al coordinar las actividades con otras organizaciones participantes, la OPS pudo ampliar la red de instituciones y personas interesadas en mejorar la seguridad vial. La Declaración “Carreteras más seguras en las Américas”, firmada por la Directora de la OPS conjuntamente con el Vicepresidente del Banco Mundial y los Secretarios Adjuntos de los Departamentos de Salud y de Transporte de los Estados Unidos, se recibió como una expresión de la voluntad por un mayor compromiso con la seguridad vial. La participación de la Sra. Heather Mills-McCartney, promotora destacada de la seguridad vial, le dio realce y visibilidad a las jornadas realizadas.

Salud, integración y alianzas para el desarrollo. Se ha observado un mayor acercamiento entre los sectores de salud, comercio e integración, además de una colaboración más efectiva entre ellos sobre temas de interés común en diferentes ámbitos. Algunos países de las Américas han desempeñado un papel activo en la consideración de las consecuencias para la salud de los Asuntos de Derecho de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio, de acuerdo con las

consideraciones de la Declaración de Propiedad Intelectual y Salud Pública adoptada por la Conferencia Ministerial de la OMC que se realizó en Duhã, Qatar. Los tratados de comercio entre las naciones pueden resultar muy beneficiosos para los países y la Región; sin embargo, también pueden crear serias amenazas para la salud pública al entorpecer el acceso a medicamentos e insumos esenciales. Las autoridades de salud participan cada vez más en las negociaciones del MERCOSUR, la Comunidad Andina, el Sistema Centroamericano, la Comunidad del Caribe y el TLC, a través de las respectivas comisiones sectoriales. En su 132.^a sesión, el Comité Ejecutivo de la OPS estuvo de acuerdo en la necesidad de apoyar a los países en el análisis y manejo de las consecuencias sanitarias de la globalización y el comercio, mediante el diálogo y la cooperación entre los ministerios correspondientes. Asimismo, recomendó realizar una consulta con los Países Miembros para definir temas y actividades de la OPS relacionados con la globalización y el comercio a nivel nacional, subregional y regional, de acuerdo con las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y en estrecha coordinación con la OMS.

Se han realizado además actividades interpaíses con objeto de definir estrategias útiles para mejorar las condiciones de salud de la población que vive en zonas de frontera. Tanto en los países del MERCOSUR como en los de la Comunidad Andina se han llevado a cabo tareas que incluyen el análisis de integración de redes de servicios de salud fronterizos.

COOPERACIÓN TÉCNICA CENTRADA EN LOS PAÍSES

El compromiso actual de la OPS es asegurar una estructura organizacional y fortalecer su presencia en cada país de manera tal que se pueda garantizar una cooperación técnica óptima y de alta calidad. El objetivo es no solo apoyar el alcance de las metas nacionales y regionales de salud, sino también aumentar la capacidad de todos y cada uno de los países para influenciar y aprovechar al máximo el flujo de la cooperación internacional en salud. De igual manera, se pretende que la salud ocupe un lugar preeminente en los planes de desarrollo nacional y que los intereses y las perspectivas de cada país se reflejen en la agenda mundial de desarrollo.

La Oficina, en diálogo constante con cada país, ajusta la cooperación requerida para lograr la mejoría continua de los indicadores de salud, el desempeño óptimo de los sistemas de salud y la coordinación de la ayuda internacional en apoyo al desarrollo nacional de la salud. Se han creado la Unidad de Apoyo a los Países y la Unidad de Apoyo a Proyectos como nuevos instrumentos para aumentar la efectividad y la eficiencia en el cumplimiento de la misión aprobada en el Plan Estratégico 2003-2007.

Los ejercicios de evaluación del bienio 2002-2003 brindaron la oportunidad de hacer un balance riguroso de los logros y las dificultades, y constituyeron un insumo valioso para la mejor utilización de los recursos disponibles con relación a las necesidades y los retos identificados con todos los socios y partes interesadas.

Un aspecto crítico de la estrategia de cooperación con cada país es el concepto de desarrollo nacional de la salud, entendido como un proceso nacional dirigido a lograr mejores niveles de salud y bienestar de la población, a fomentar la incorporación de la salud en los planes y programas nacionales de desarrollo, y a asegurar que las poblaciones alcancen su mayor potencial y una mejor calidad de vida. Este proceso adquiere características y peculiaridades propias en cada contexto, ya que el desarrollo nacional de la salud es de carácter autóctono y endógeno, abarca al conjunto de la sociedad, está histórica y jurídicamente determinado y es transectorial. La cooperación técnica debe dirigirse a apuntalar y dinamizar este proceso. El fin último consiste en contribuir a que los países alcancen las metas nacionales, subregionales, regionales y mundiales de salud pública y, en particular, los Objetivos de Desarrollo para el Milenio en 2005-2010-2015.

Para ello, se han definido e iniciado las siguientes líneas de trabajo:

- Redefinición de la estrategia de cooperación con los países haciendo hincapié en la articulación del quehacer de los tres niveles de la Organización, en función de las necesidades y prioridades de los países. Se han llevado a cabo estos ejercicios en Bolivia, Guyana, México, Nicaragua y los países del Caribe Oriental, y hay otros nueve ejercicios programados para el resto del bienio.
- Fortalecimiento de la presencia de la Organización en los países, transfiriendo recursos de la Sede de la OPS o de los centros a los países, con funciones regionales (dengue), subregionales (recursos humanos, salud mental) o de país (oficiales de programa).
- Priorización del desempeño efectivo de los equipos de país, dando mayor importancia a la formación de las capacidades nacionales y su utilización, optimizando el uso apropiado de la tecnología y reduciendo los costos operativos y de transacción.

Las decisiones sobre asignación de recursos (incluido el personal de las oficinas de país) se tomaron con base en la redefinición de las estrategias de cooperación y favoreciendo especialmente a los países prioritarios. Concretamente, se movilizaron recursos extrapresupuestarios para dotar a cuatro de los países prioritarios (Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua) de un oficial que coopere con el seguimiento transversal de proyectos, la movilización y el uso eficiente de los recursos, y la coordinación con socios que aportan para el desarrollo.

Países prioritarios

Consecuente con la decisión de la 26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana de prestar especial atención a cinco países de la Región, a saber, Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua, y sobre la base de la necesidad de acelerar el proceso de desarrollo nacional de la salud, la Organización diseñó la iniciativa de países prioritarios y determinó que los Objetivos de Desarrollo para el Milenio son el marco apropiado para el trabajo con estos países.

Durante el año 2003 se puso en marcha el Grupo de Trabajo sobre Países Prioritarios y en febrero de 2004 se realizó la reunión del Grupo Consultivo. Como resultado, se seleccionaron las siguientes estrategias:

- Redefinir la naturaleza de la cooperación técnica para aumentar el protagonismo nacional teniendo como guía los Objetivos de Desarrollo para el Milenio.
- Articular la cooperación técnica de la OPS con la agenda compartida de la cooperación internacional técnica y financiera.

- Aplicar la redefinición de la cooperación técnica en la planificación y el seguimiento de la misma, así como en los procesos de evaluación, las nuevas prácticas de gestión y la asignación de recursos.
- Tener en cuenta la redefinición de la cooperación técnica al definir el perfil de personal y abordar su gestión y necesidades de desarrollo.

En el marco de la 57^a Asamblea Mundial de la Salud se realizó la Reunión para Países Prioritarios de la Región de las Américas. Cada una de las delegaciones de estos países presentó la situación de salud, los procesos de desarrollo social y sanitario, en particular con referencia a los ODM, así como sus expectativas acerca de una cooperación más intensa por parte de la OPS/OMS y otros socios importantes para que participen en el fortalecimiento de sus sistemas de salud. A la reunión asistieron el Director General de la OMS y cuatro Subdirectores Generales, además de numerosos miembros de otras delegaciones de la Región.

Como expresión manifiesta del énfasis puesto en la cooperación técnica de la OPS con los países prioritarios, en mayo de 2004 se acordó la transferencia de fondos de la OMS a la Región, en apoyo directo a estos países; 65% de estos fondos se ejecutará directamente desde las Representaciones de País.

BOLIVIA. Comunidades productivas y saludables en la estrategia de reducción de la pobreza

En el marco de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza y los Objetivos de Desarrollo para el Milenio, en Bolivia se ha generado una iniciativa intersectorial e interprogramática con participación del Estado, la sociedad civil y la cooperación de la OPS/OMS para comunidades originarias que se encuentran en estado de extrema pobreza.

La iniciativa, denominada “Construyendo comunidades productivas y saludables”, es liderada por el Ministerio de Asuntos Campesinos y Agropecuarios y en ella participan instancias departamentales y locales del Ministerio de Salud y Deportes. Esta estrategia de cooperación se inició a mediados de 2003 a pedido del consejo de la comunidad de Chacaltaya, de origen aymara, ubicada cerca de la ciudad de La Paz.

Las actividades, que abarcan aspectos productivos y de salud y tienen como base la seguridad alimentaria y nutricional, el acceso a servicios de salud y la generación de ingresos a partir del uso de tecnologías apropiadas, cuentan con la participación activa de la población. Esta experiencia innovadora y exitosa ya se ha extendido a 20 comunidades de Bolivia.

GUYANA. Enfrentar las enfermedades desatendidas, parte de la agenda inconclusa

El Ministerio de Salud de Guyana escogió el uso de sal con dietilcarbamazina (DEC) como estrategia para eliminar la filariasis linfática, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS. A partir de esta decisión, todos los niveles de la OPS/OMS, junto con la Fundación Bill Gates, la Universidad Emory y los CDC, cooperaron en la ejecución del Plan Nacional para la Eliminación de la Filariasis en Guyana. A nivel regional la OPS trabajó con los productores de sal para establecer y controlar el proceso de fortificación de la sal, mientras que la OMS canalizó la donación de DEC al Gobierno de Guyana.

La estrategia se lanzó a nivel nacional en julio de 2003 e incluyó una exhibición con grandes carteles que explicaban en qué consiste la filariasis linfática; aspectos y medidas preventivas; atención y cuidados de las personas afectadas por la enfermedad, y los datos más importantes acerca del uso de la sal con DEC como vehículo para el tratamiento de la enfermedad. La sal con DEC se distribuyó de manera gratuita, junto con materiales informativos y educativos. Además, trabajadores comunitarios de salud respondieron a las preguntas que planteaba el público acerca de la enfermedad y este tratamiento.

El lanzamiento oficial fue precedido por actividades en sitios centinela en Lodge, Georgetown y Tucker. Se han planeado otras actividades de evaluación en sitios centinela para medir el éxito de la estrategia desde su introducción en 2003.

HAITÍ. Responder a la emergencia y apostar al desarrollo

En los 10 últimos años, Haití ha sufrido un lento deterioro de todos los indicadores socioeconómicos, como consecuencia de la crisis política y la escalada de violencia, lo cual generó una intensificación de la respuesta humanitaria internacional.

La OPS/OMS, cuya presencia en el país ha sido continua, fue capaz de adaptarse para desempeñar un doble papel: el de brindar ayuda humanitaria, por la emergencia, y el de prestar cooperación para el desarrollo, abogando y apostando por el mantenimiento de las ganancias en materia de salud pública, que bajo las condiciones en que se encuentra el país podrían perderse fácilmente.

Debido a la prolongación de la crisis y a los problemas de seguridad, se agravó la pérdida de recursos humanos. El cierre de una maternidad y el Hospital Universitario, único hospital de referencia en el país, agravó la situación sanitaria. Programas como los de tuberculosis, malaria, VIH/SIDA e inmunización fueron afectados considerablemente o paralizados. Uno de los retos principales para la OPS fue apoyar y asegurar el precario sistema de salud pública bajo esas condiciones.

Se estableció un centro operativo de urgencia para facilitar la coordinación dentro del sector de la salud, y con el Ministerio de Salud Pública y de la Población, organizaciones no gubernamentales, las Naciones Unidas y donantes bilaterales para evaluar la repercusión de la crisis en la salud pública y para articular la respuesta ante la situación. La provisión de medicamentos esenciales a través del sistema establecido por la OPS en 1992, PROMESS (Programme des Médicaments Essentiels), ha probado nuevamente su inestimable utilidad. Después del período más agudo de la crisis, la distribución de medicamentos y suministros a diversos hospitales y consultorios se reactivó con la ayuda de organizaciones religiosas y organizaciones no gubernamentales.

La OPS también cooperó con la provisión de combustible para los generadores instalados en los hospitales, el manejo de cadáveres y la restauración de la morgue en el hospital principal. Los programas regulares se reanudaron en cuanto fue posible y continuaron en paralelo con las intervenciones de socorro. Se completó la campaña de vacunación planificada contra la poliomielitis, y el lanzamiento de la semana de vacunación de las Américas por parte de la Directora en Puerto Príncipe y en la frontera (Font Parisien) reafirmó el compromiso de la Organización con Haití.

Para impulsar la indispensable sinergia y coherencia entre las actividades que llevan a cabo los diferentes organismos de cooperación, en abril de 2004 el Gobierno inició el proceso de elaboración del “Marco para la Cooperación de Mediano Plazo”, liderado en forma conjunta por el Gobierno de Haití, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Comisión Europea y el sistema de las Naciones Unidas con la participación de varios organismos bilaterales y miembros de la sociedad civil. Diez grupos de trabajo integrados por expertos prepararon documentos basados en la identificación de necesidades de corto y mediano plazo en diferentes ámbitos, en un proceso participativo y basado en pruebas, que asegure el fortalecimiento de las capacidades nacionales.

La OPS/OMS participó especialmente en los grupos que trataron los temas de salud y nutrición y agua y saneamiento, y contribuyó con el tema transversal del VIH/SIDA. Para apoyar este proceso se movilizó personal de los niveles regional y subregional. El 19 y 20 de julio de 2004 tuvo lugar en Washington, DC, una conferencia internacional de donantes que contó con la participación de representantes de 30 países y 32 organismos internacionales. En la conferencia se presentó el documento final del Marco para la Cooperación de Mediano Plazo y se establecieron compromisos de cooperación por un monto que superó la expectativa inicial: se cuenta con más de US\$ 200 millones para invertir en áreas relacionadas con la salud.

El programa de cooperación de la OPS/OMS con Haití para el resto del bienio se ha modificado para adaptarlo a los compromisos emanados del citado Marco para la Cooperación. La Organización ha hecho esfuerzos especiales para promover y canalizar la solidaridad del resto de los países de la Región con Haití. Hasta ahora, se ha trabajado en la elaboración de proyectos de cooperación entre países para favorecer a Haití con la participación de Canadá, Costa Rica, Cuba, México y la República Dominicana.

HONDURAS. Fortalecer alianzas estratégicas en función de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio

El Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento (AS-APS) es el resultado de una labor interinstitucional en la que participaron la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Programa de Agua y Saneamiento del Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la OPS, que coordinó el análisis. Se contó con la participación de la sociedad civil, por medio de la Red de Agua y Saneamiento de Honduras, y con la colaboración de todas las instituciones nacionales relacionadas con el sector, coordinadas por la Oficina de Modernización del Estado.

Consiste en un análisis de los componentes clave que limitan el desarrollo de los servicios de agua potable y de recolección y tratamiento de excretas y aguas servidas, con propuestas específicas para ampliar la cobertura, incrementar la capacidad de gestión administrativa y financiera, promover el desarrollo de recursos humanos, proteger el recurso agua e impulsar el conocimiento y la aplicación de tecnologías apropiadas para la construcción, operación y mantenimiento de los servicios.

El AS-APS se relaciona con el plan de lucha contra la pobreza y los ODM. En él se hacen recomendaciones esenciales para contar con un sector más organizado y con capacidad de actuar en el ámbito nacional, departamental y municipal, tanto para la prestación universal y eficaz de los servicios como para la planificación de mediano y largo plazo. El análisis incluye opciones de financiamiento y una propuesta para establecer una instancia reguladora que permita el equilibrio justo y razonable entre los prestadores y la comunidad.

Alcanzar la cobertura universal de los servicios de agua y saneamiento, de calidad y a un costo accesible, contribuye al fin último de lograr la salud para todos en el menor plazo posible.

NICARAGUA. Articular la cooperación mundial, regional y nacional para el desarrollo nacional de la salud

Dentro del contexto de la planificación estratégica nacional a largo plazo, enmarcada en el cumplimiento de los ODM e iniciada por el Gobierno de Nicaragua en 2002, el Ministerio de Salud dio comienzo a la formulación de políticas de salud y del Plan Nacional de Salud 2004-2015. Para este ejercicio, el Ministerio solicitó la cooperación de la OPS/OMS, especialmente para la armonización de la planificación sectorial con los compromisos nacionales relacionados con los ODM, la estrategia de reducción de la pobreza y la liberación de la deuda externa.

Desde abril de 2003 la OPS, con un equipo de la Representación y de consultores regionales, asesora al Ministerio en las diferentes etapas de la planificación, entre las que se destacan la revisión y formulación de la Ley General de Salud y su Reglamento; el examen del componente de salud del Plan Nacional de Desarrollo; la revisión de la estrategia de reducción de la pobreza; la preparación de la política nacional de medicamentos; la actualización del concepto de la atención primaria de salud; la participación en la formulación de las nuevas políticas de salud, y la colaboración en la formulación del Plan Nacional de Salud. Al mismo tiempo, se inició la revisión de la estrategia de cooperación con el país con el fin de coordinar los procesos de planificación estratégica y asegurar la coherencia y relevancia de la cooperación de la OPS/OMS en el mediano plazo.

El intenso trabajo realizado durante más de un año permitió establecer una relación de trabajo muy fructífera entre los equipos del Ministerio y de la OPS, que se refleja en los resultados obtenidos. Asimismo, se fortaleció la rectoría del Ministerio en el proceso y frente a las instancias de consulta y asesoría creadas para apoyarlo, a saber, el Consejo Nacional de Salud y la Mesa Sectorial (en la que participan donantes y organismos de cooperación internacional). Entre los resultados más importantes de este proceso se incluye la elaboración de:

- La Ley General de Salud y su Reglamento (agosto de 2003).
- La Política Nacional de Medicamentos (marzo de 2004).
- El Documento Final de análisis de la situación de salud (abril de 2004).
- La Política Nacional de Salud 2004-2015 (publicada oficialmente en mayo de 2004).
- El Plan Nacional de Salud (documento de base para la consulta nacional, junio de 2004).

Principales actividades de cooperación técnica con los países

América del Norte

La cooperación de la Organización con los países de América del Norte estuvo marcada por el nivel de desarrollo de las instituciones nacionales y el aprovechamiento de las oportunidades que se presentaron para la realización de actividades en el campo de la salud que se llevaron a cabo en esta subregión.

En colaboración con el PNUMA y la OEA, la OPS prestó apoyo y dio seguimiento al Grupo de Tareas de la Reunión de Ministros Salud y Medio Ambiente de las Américas, presidido por el **Canadá** y encargado de la aplicación de la Carta Panamericana sobre Salud y Medio Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, en el marco de la Cumbre de las Américas. El grupo hizo un inventario de los proyectos existentes y priorizó tres temas: el manejo integrado de los recursos hídricos; el manejo seguro de los productos químicos, y el asesoramiento integrado de salud y medio ambiente, con la inclusión de temas de salud de los niños e indicadores ambientales.

En seguimiento a la Iniciativa Mundial de Salud Ambiental de los Niños lanzada en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible realizada en Johannesburgo en 2002, y considerando en particular el desarrollo de indicadores de salud ambiental para los niños, la Comisión para la Cooperación Ambiental de América del Norte estableció el compromiso de los países miembros (Canadá, Estados Unidos y México) para diseñar un programa de colaboración sobre la salud y el ambiente de los niños. Los temas prioritarios de este programa son el asma y las enfermedades respiratorias, los efectos del plomo y otras sustancias tóxicas, y las enfermedades transmitidas por el agua.

Junto con la Agencia para la Protección del Medio Ambiente de los **Estados Unidos**, la Organización asumió el liderazgo para la ejecución de la iniciativa y participó en la selección de los indicadores y en la preparación del informe como el primer esfuerzo hecho en el continente para la puesta en marcha de la Iniciativa Mundial de Salud Ambiental de los Niños.

Con este fin, se elaboró el documento conceptual “Indicadores de salud ambiental: una herramienta para mejorar el ambiente y la salud de los niños”, que establece los lineamientos para la selección de los indicadores prioritarios y la recolección de los datos correspondientes. Próximamente se celebrarán talleres en el resto de la Región, en los que se sentarán las bases para establecer

programas de intercambio de información con participación multisectorial. De esta manera, los países dispondrán de la información necesaria para formular políticas y tomar decisiones sobre actividades locales integradas para conseguir que los ambientes en que viven los niños sean saludables.

En junio de 2004 se celebró en Ottawa, Canadá, una reunión de consulta subregional para examinar los cambios propuestos al Reglamento Sanitario Internacional. En esta reunión la Organización, junto con Canadá, Estados Unidos y México analizaron los requisitos legales, técnicos y operativos de estos cambios, con el fin de responder de manera eficaz a las emergencias de salud pública de trascendencia internacional. Las extensas consultas nacionales que tuvieron lugar antes de la reunión contaron con la participación de representantes del sector de la salud y otros sectores, y permitieron realizar una evaluación integral de las consecuencias de la revisión del Reglamento. El foro promovió la colaboración subregional que permitió identificar asuntos clave que se considerarán en la próxima etapa del proceso de revisión.

Este año, por primera vez, la **Frontera Mexicano-Estadounidense** se unió del 24 al 30 de abril a la celebración de la Semana de Vacunación en las Américas y logró un impacto binacional en la cobertura de inmunización, ampliamente difundido por los medios de comunicación de ambos países. La actividad se realizó bajo la gestión de la OPS, el liderazgo de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, y la colaboración del Departamento de Salud y Servicios Sociales y los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades, de los Estados Unidos, junto con la Secretaría de Salud de México. Se han programado dos semanas binacionales de vacunación adicionales en 2004, con el fin de completar los esquemas de vacunación.

El empeño puesto por la Organización en la lucha antitabáquica tuvo eco y apoyo en **México**. En el Diario Oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos del 12 de mayo 2004 se publicó el decreto por el cual se aprueba y se convierte en ley el Convenio Marco de Lucha Antitabáquica. Las leyes nacionales, federales y estatales deberán reformarse, cuando sea el caso, para dar cumplimiento a los compromisos suscritos. De esta manera, México pasó a ser el primer país de la Región que ratificó el Convenio y lo puso en vigencia como ley nacional. Se dio así un paso más en la lucha contra el tabaco, en la que en los últimos años el país ha hecho significativos adelantos que influenciaron las políticas de salud. Las medidas incluyen el establecimiento de clínicas para el tratamiento de fumadores; el aumento de los impuestos al tabaco; la restricción de su venta; la estricta regulación de la publicidad, y la promoción y certificación de edificios libres de humo.

La Organización, los Gobiernos de México y de los siete países de Centroamérica, el PNUMA, y la Comisión para la Cooperación Ambiental de América del Norte prepararon un proyecto sobre alternativas sostenibles para el control de la malaria sin el uso de DDT y obtuvieron recursos del

Fondo Mundial para el Medio Ambiente para su ejecución. El objetivo principal del proyecto es diseñar y evaluar métodos alternativos e intersectoriales para el control de los vectores de la malaria sin usar DDT u otros plaguicidas persistentes.

En 2004 se hizo un ejercicio para definir la estrategia de cooperación con México. También dio comienzo una revisión detallada de la cooperación con algunas instituciones de los Estados Unidos, como los CDC, la EPA, la FDA, la OSHA y el USDA, con el fin de conocer más profundamente las capacidades y mejorar la sinergia entre estos organismos y los programas de cooperación de la OPS.

Centroamérica y el Caribe Latino

En un contexto caracterizado por el bajo crecimiento económico y el consecuente aumento del desempleo, los esfuerzos de los gobiernos y las sociedades para disminuir la pobreza y las grandes inequidades en la distribución del ingreso se enfrentan a una elevada deuda externa y la necesidad de disminuir el déficit fiscal. Paralelamente, importantes procesos sociales y el fortalecimiento de la democracia han dado como resultado el reconocimiento cada vez más amplio del derecho a la protección de la salud y de la necesidad impostergable de que —a pesar de las restricciones impuestas por el contexto económico— se busque la manera de reducir las inequidades.

En esa búsqueda, la Organización Panamericana de la Salud ha acompañado a los países de la subregión y al SICA, en un esfuerzo conjunto con el BID, dentro del marco del Plan Puebla Panamá, en amplios procesos de concertación de políticas públicas en salud y en la renovación del compromiso de salud para todos.

Durante la XX Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD) —con la participación adicional de Haití y Puerto Rico— los países miembros y la OPS —en calidad de Secretaría Técnica— suscribieron un compromiso conjunto para reducir las disparidades y cuidar integralmente la salud. Los países acordaron utilizar la estrategia de atención primaria de salud como medio para el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, así como para favorecer el alcance de los ODM relacionados con la salud.

En **Costa Rica** se formularon la Política Nacional de Salud y la Agenda Sanitaria Concertada a partir del análisis del sector de la salud realizado en 2002. Posteriormente comenzó el trabajo en el ámbito subnacional para llevar a cabo el análisis de la situación de salud y el análisis funcional de la red de servicios de salud a nivel local.

La cooperación técnica de la OPS en la **República Dominicana** ha sido decisiva para elaborar y promulgar la Ley General de Salud y sus reglamentos (sobre promoción de la salud, separación de funciones, provisión de servicios, recursos humanos, entre otros asuntos). Además, la Organización apoyó decididamente la preparación y puesta en ejecución del primer Plan Decenal Nacional de Salud. La Ley que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social en el año 2001 ha sido otro campo de cooperación técnica. Los esfuerzos se han concentrado en la definición del Plan Básico de Salud y su costo, la reglamentación de los diferentes regímenes del Seguro Familiar de Salud y la puesta en marcha del Régimen Subsidiado en una de las regiones más pobres del país.

A inicios del año 2003, en el seno de los organismos que integran el sistema de las Naciones Unidas, en **Panamá** se creó el Grupo Temático de Salud Infantil y del Adolescente. En enero de 2004, con el objetivo de reforzar las actividades relacionadas con el cumplimiento de los ODM se amplió su campo de acción a otras áreas relacionadas con la mortalidad materna y la prevención y el control de enfermedades transmisibles, por lo que su nombre cambió al de Grupo Temático de Salud (GTS), con la OPS/OMS como coordinadora del grupo. Entre las actividades más relevantes del GTS se destacan la realización de un taller internacional para el análisis de la situación de salud infantil y del adolescente que produjo un plan de acción para cada organismo del sistema de las Naciones Unidas, un proyecto piloto de Escuelas Promotoras de la Salud y una iniciativa nacional de “reordenamiento ambiental” con impacto en malaria, dengue, tuberculosis, agua y desechos sólidos.

Para responder a las características y necesidades específicas del país, y en el marco de los acuerdos de paz y los ODM, en **Guatemala** se ha establecido un proceso denominado Cooperación Técnica Descentralizada Intensificada e Interprogramática. El 60% de los recursos de la cooperación están destinados al 25% de la población que vive en los departamentos más vulnerables del país, y se hace hincapié en el fortalecimiento de las capacidades nacionales y locales requeridas para responder a las necesidades de salud.

En la lucha contra la pobreza y el hambre, se cooperó con **Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala y Nicaragua** para desarrollar proyectos productivos que mejoren la seguridad alimentaria y nutricional en comunidades prioritarias. Además, los siete países de Centroamérica participaron en la III Feria Centroamericana de Seguridad Alimentaria y Nutricional, donde los ejecutores directos de estos proyectos en las comunidades compartieron sus experiencias, metodologías y tecnologías entre sí y con sus socios locales, nacionales e internacionales.

Para contribuir a reducir la proporción de personas sin acceso a agua salubre, se amplió la ejecución del proyecto “La salud de las poblaciones indígenas: mejoramiento de las condiciones ambientales (agua y saneamiento) en las comunidades”, en conjunto con la GTZ. El proyecto tiende a

la disminución del riesgo de transmisión de enfermedades provocadas por factores ambientales, en particular los factores relacionados con el acceso al agua y la calidad de la misma, el saneamiento inadecuado y los malos hábitos de higiene en las comunidades indígenas de América Latina. **Costa Rica, El Salvador y Panamá** están llevando a cabo actividades en el marco de este proyecto.

El desarrollo de los recursos humanos para la salud sigue siendo un eje transversal del trabajo de la OPS. **El Salvador** ha sido pionero en la utilización del Campus Virtual de Salud Pública. A iniciativa del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con la participación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el apoyo de 14 renombradas instituciones académicas de América Latina, se está impulsando el Diplomado en Gestión Hospitalaria.

En **Cuba**, la OPS ha cooperado con el Sistema Nacional de Salud en los niveles nacional y provincial mediante programas de capacitación y actualización de recursos humanos, siguiendo el esquema de las funciones esenciales de salud pública. La Organización también ha estado vinculada con el Programa Integral de Salud de Cuba, que forma médicos de 24 países en la Escuela Latinoamericana de Medicina, y su vertiente de servicios a través de las Brigadas Médicas. Estas colaboran en diversos países de América Latina y el Caribe y la OPS participó con las brigadas desplegadas en Guatemala, Haití y Honduras, para sumarse a los esfuerzos de monitoreo y evaluación conjunta bilateral.

En julio de 2004 se realizó en San Juan, Puerto Rico, la Cuarta Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, cuyo propósito fue difundir el concepto de escuelas promotoras de la salud. Después de la reunión, el sistema educativo de **Puerto Rico** dio inicio formal a la conformación de la Red Puertorriqueña de Escuelas Promotoras de la Salud. A partir de las actividades emprendidas por los países desde el lanzamiento oficial de la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud en 1995, y considerando que este tipo de estrategias integradoras pueden ser de mucha utilidad para avanzar en el cumplimiento de los ODM, la OPS elaboró las Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012 para fortalecer esta iniciativa regional.

Caribe no Latino

La subregión del Caribe no Latino comprende a las Bahamas, Barbados, Guyana, Jamaica, Suriname, Trinidad y Tabago, los países independientes de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS) (Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, y San Vicente y las Granadinas), y los Territorios de Ultramar del Reino Unido (Anguila, las Islas Vírgenes Británicas y Montserrat). Se incluyen en este acápite los Departamentos Franceses en las Américas (Guadalupe, la Guayana Francesa y Martinica).

Es una subregión muy diversa en características geográficas, tamaño, topografía, población, religión, composición étnica e idioma. La mayoría de los países que la componen son pequeños estados insulares con una intensa actividad turística, vulnerabilidad frente a los desastres naturales y fragilidad de sus economías. A pesar de las diferencias, los países enfrentan retos comunes para su desarrollo sanitario nacional, y la Organización coopera técnicamente con ellos a nivel nacional y subregional. La OPS/OMS ha adoptado una nueva metodología como marco para definir la posición óptima de la Oficina con cada país, que se denomina “estrategia de cooperación con el país”. Esta estrategia se aplicó en Guyana y sirvió para reordenar la cooperación técnica y movilizar a socios y aliados en apoyo a este país prioritario. Igualmente, se dio comienzo a la estrategia de cooperación con el país en Barbados y los países de la OECS; esta es la primera experiencia de aplicación de la metodología en el plano subregional o para un conjunto de países asociados.

Las economías de casi todos estos países, basadas predominantemente en el turismo y las exportaciones agrícolas, han sido afectadas en forma negativa por las consecuencias de los sucesos del 11 de septiembre de 2001 y la globalización. Se ha perdido el trato preferencial para los productos agrícolas en los principales mercados, y los países han tenido que adaptar sus sistemas y procedimientos a esta realidad. La OPS ha procurado que, dentro del marco de los ajustes y la definición de las prioridades de cooperación internacional, el desarrollo sanitario nacional de los países del Caribe ocupe un lugar muy importante en sus agendas, especialmente en el contexto de los ODM.

La Comisión del Caribe sobre Salud y Desarrollo, establecida a partir del modelo de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS, proporcionará orientación con respecto a la inversión en salud, para lo que cuenta con el apoyo de la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe de la OPS/OMS.

Continuó la cooperación técnica sobre reforma del sector de la salud mediante el apoyo a la formulación de los planes estratégicos de salud, una base de datos sobre recursos humanos para la salud, la ayuda a la puesta en práctica del Programa Administrado de Migración para el personal de enfermería y la promoción del uso de los resultados de la evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública en todos los países, excepto en los Departamentos Franceses.

La OPS/OMS brindó cooperación técnica para fortalecer el sistema de salud en las **Bahamas** a través del apoyo al diseño de un esquema de seguro nacional de salud. En colaboración con Salud Canadá contribuyó al establecimiento de un sistema de información de salud pública basado en la web, desarrollado en el Canadá. La Organización ayudó a **Barbados** y a los países de la OECS en la

integración de protocolos para la prevención de la transmisión vertical de la infección por el VIH/SIDA con los servicios tradicionales de salud materno-infantil, facilitando así la sostenibilidad de la iniciativa, y movilizó recursos de la OMS para colaborar con la coordinación y gerencia del programa de VIH/SIDA en los países de la OECS. La Estrategia de Cooperación Subregional para Barbados y los países de la OECS contribuyó a la formulación de planes para fortalecer la presencia de la OPS/OMS en estos países y actualmente se consideran diversas opciones. La Organización fortaleció su cooperación técnica con los **Departamentos Franceses** al colaborar con el Gobierno de Francia en el nombramiento de un funcionario de origen francés para el área de cooperación técnica en la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe.

En **Trinidad y Tabago**, la OPS/OMS también aplicó un enfoque de espacios saludables para trabajar en las comunidades (“Comunidades Saludables”) y de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Tanto en Trinidad y Tabago como en **Aruba** y las **Antillas Neerlandesas**, la Organización prestó cooperación técnica para fortalecer los sistemas nacionales de aseguramiento, que enfrentan los efectos de una disminución de recursos fiscales al mismo tiempo que la demanda de servicios —y por lo tanto de recursos— se mantiene o aumenta.

En **Guyana**, la evaluación de las estrategias de cooperación con el país destacó la escasez de información sanitaria de calidad para generar pruebas sobre las que basar políticas y programas de lucha contra el VIH/SIDA y otros problemas abordados en los ODM. Se asignó un recurso técnico adicional en epidemiología y un oficial de programa con experiencia en salud materno-infantil, a la vez que continúa la cooperación técnica para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, especialmente la infección por el VIH/SIDA y la malaria. En **Jamaica**, la Organización subrayó el enfoque de promoción de la salud en la prevención y el control de enfermedades, y trabajó de manera interprogramática para apoyar a los sistemas de salud en el abordaje de los problemas más graves, en particular la infección por el VIH/SIDA. **Suriname** otorgó prioridad a los temas preventivos, como la estrategia de escuelas promotoras de la salud para inculcar comportamientos saludables y reducir los factores de riesgo para la salud entre los niños, los jóvenes y las familias.

Área Andina

En los últimos años, el Área Andina se ha caracterizado por una constante crisis de gobernabilidad manifestada por movimientos políticos, sociales, de las poblaciones indígenas y económicos que, sin duda, han aumentado la inestabilidad política, todo lo cual ha repercutido en los más pobres (indígenas, población rural, campesinos, desplazados y refugiados).

La persistencia de la pobreza y las crisis de gobernabilidad se vinculan con los elevados niveles de desigualdad, que son un obstáculo para el crecimiento y el desarrollo equitativo de la subregión. Esta realidad histórica requiere un abordaje estructural que coadyuve al fortalecimiento de las instituciones y de la democracia, y de la valoración del legado cultural que permita planificar a partir de la gente y a largo plazo.

La **Comunidad Andina de Naciones**, los Ministros de Salud del Área Andina y la OPS han trabajado en importantes proyectos para la reducción de la pobreza y el fortalecimiento de la gobernabilidad. Entre ellos cabe mencionar la instalación, en julio de 2004, de la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a los Medicamentos, producto de la reunión sobre propiedad intelectual y acceso a los medicamentos realizada en el Perú el 8 y 9 de julio y en cumplimiento de la Resolución XXV/396 emitida por la REMSAA el 15 de marzo de 2004.

Con la conducción de los ministros de salud y el trabajo articulado del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue y la OPS/OMS, se prepararon los Planes Integrados de Desarrollo Social y se trabajó en el desarrollo de la salud en las fronteras compartidas por los países que integran el Área Andina.

A través del Ministerio de Protección Social, **Colombia** contrajo en diciembre de 2003 un compromiso con los gobernadores y alcaldes recién electos denominado “El pacto por la salud pública de Colombia”, que adopta como propias, para sus regiones y municipios, las metas del Plan Estratégico Nacional de Salud.

El **Ecuador** celebró en Guayaquil el I Congreso Nacional por la Salud y la Vida que, con amplia participación de la sociedad ecuatoriana, permitió la elaboración de la Política de Estado en Salud y la Agenda Nacional en Salud; ya se ha convocado el II Congreso, que se celebrará en Guayaquil. La Ley de Seguridad Social y la Ley de Maternidad Gratuita, la reforma al Código de Salud (actualmente en el Congreso Nacional de la República para su aprobación y producto de las mesas abiertas de discusión realizadas en las principales ciudades del país), son otros logros del Ecuador en el fortalecimiento de la atención de salud mediante procesos de concertación.

El Ministerio de Salud y Deportes de **Bolivia** creó el Mecanismo de Coordinación de País en el marco de la negociación de proyectos ante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (aprobado en marzo de 2004), con el concurso de los organismos participantes y la cooperación técnica de la OPS/OMS. Este Mecanismo de Coordinación de País ha mostrado su excelencia en la movilización de recursos y la planificación para atender las prioridades

nacionales y el mejoramiento de las capacidades gerenciales de los diversos actores sociales, principalmente de los que manejan el Fondo Mundial.

En **Venezuela**, las autoridades de salud dan impulso al programa “Barrio Adentro”, una extensión de la atención primaria de salud a poblaciones postergadas en barrios marginales de Caracas y otras ciudades importantes, con la participación de las brigadas de salud de Cuba. También se estimula la formación de líderes estatales y municipales para facilitar el cambio hacia el Sistema Público Nacional de Salud. Esta iniciativa, que recibió cooperación técnica de la Organización para el funcionamiento de la red integrada de servicios, ha puesto el acento en las alianzas estratégicas con otros organismos de cooperación en salud, entre ellos la GTZ y el Banco Mundial.

En el **Perú**, el Ministerio de Salud impulsa la “Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades Ciudadanas por la Salud”. La Cruzada cuenta con muchos aliados y, sobre todo, con el respaldo de la sociedad civil, en cuyo movimiento la OPS/OMS participa activamente.

Estos ejercicios realizados por las autoridades de salud del Área Andina conllevan el compromiso con las instituciones nacionales en el alcance de los ODM, colocando el tema de la salud en la agenda política nacional y reconociéndola como clave para la gobernalidad y el desarrollo.

Cono Sur

La dinámica de desarrollo del Cono Sur ha generado una serie de retos y expectativas para la Región, dando pruebas de que la crisis posibilita la oportunidad de crecer y hacer manifiesta la solidaridad entre los pueblos. Los países de esta subregión han demostrado que son altamente capaces de cooperar entre sí, movilizar recursos para la salud y dar prioridad a la salud en la agenda nacional. Entre los retos más destacados está el de reducir las desigualdades manifiestas en importantes grupos de población y consolidar la democracia para que las políticas públicas respondan con equidad, eficiencia y sostenibilidad a las necesidades sociales.

La agenda de salud está liderada por los Ministros de Salud del MERCOSUR (integrado por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay como Estados Partes, y Bolivia y Chile como Estados Asociados) y por el Subgrupo de Trabajo 11, “Salud”. Se tiene previsto un proceso de armonización en salud con miras a la integración, con la cooperación técnica de la Organización. La Comisión Intergubernamental para Proveer una Política de Salud Sexual y Reproductiva en el MERCOSUR se reunió y avanzó en el diseño de lineamientos conjuntos de los gobiernos, las organizaciones no

gubernamentales y la sociedad civil para definir la política, en respuesta a la resolución de la XVI Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR celebrada en junio de 2004.

La Organización cooperó con la Comisión Especial de Salud de la Amazonia (integrada por representantes de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela) en el marco de la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica, para llevar a cabo proyectos fronterizos extensibles a otros ámbitos de integración. Merecen mencionarse la elaboración de la Red de Vigilancia Epidemiológica para la Amazonia, el apoyo al control de la malaria, la creación de la red de laboratorios para el control de la malaria y otras enfermedades emergentes y reemergentes en la Amazonia, y el desarrollo de los servicios de salud fronterizos, entre otros.

La III Reunión de Ministros de Salud de América del Sur realizada en Buenos Aires el 18 de junio de 2004 permitió a los países reunidos identificar problemas comunes, buscar soluciones compartidas y reafirmar los compromisos contraídos en asuntos tan importantes como los ODM; la salud en las fronteras; la inmunización y la importancia de la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión y del mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis; el auspicio de intercambio de experiencias significativas sobre atención primaria de salud en la subregión, y el impulso a la política antitabáquica. Esta reunión contó con los aportes técnicos de la OPS/OMS.

La OPS/OMS también prestó cooperación técnica a las autoridades de salud de los países del Cono Sur que han establecido importantes procesos para reducir las desigualdades, con la amplia participación de la sociedad y diversos actores. En Santiago, **Chile**, en noviembre de 2003 se realizó la Primera Conferencia de Consenso Ciudadano en América Latina para discutir aspectos éticos, tecnológicos, políticos y económicos relacionados con el manejo de la ficha clínica. Organizada por el Ministerio de Salud, la Conferencia contó con la participación del Congreso Nacional, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, ciudadanos de Santiago y sus alrededores, y la OPS/OMS. El fluido diálogo entre expertos y ciudadanos también dio como resultado una metodología para establecer mecanismos de consulta y participación ciudadana, que será aplicada en otras conferencias así como en la conducción de la reforma de salud de Chile.

El Gobierno de la **Argentina** elaboró una estrategia para asegurar el acceso a los medicamentos a las poblaciones más vulnerables que fueron gravemente afectadas durante la crisis económica, la cual se basa en tres líneas de acción: promoción del nombre genérico, financiación selectiva y provisión pública a través de la creación del programa REMEDIAR. Con esta estrategia, actualmente 71% de los medicamentos se prescriben en la Argentina por nombre genérico, y se estima que el ahorro anual en gastos de medicamentos se aproxima a los US\$ 750 millones. Una evaluación del programa REMEDIAR realizada en 2003 reveló que 94% de los beneficiarios estaban

por debajo de la línea de pobreza y que la receta de REMEDIAR equivalía en promedio a 24% del ingreso del beneficiario.

Para propiciar actividades de participación comunitaria y formación del consumidor como estrategia para promover la inocuidad de los alimentos, el **Uruguay** festejó por tercera vez consecutiva el “Día Municipal del Alimento Saludable” con el Congreso Nacional de Intendentes Municipales del Uruguay y el apoyo del INPPAZ y la OPS/OMS. Se dio así impulso a un esquema de amplia participación intersectorial (municipios, Ministerio de Salud, cámaras de productores de alimentos, cámaras de comercializadores de alimentos, centros de educación primaria y secundaria, medios de comunicación y comunicadores). La estrategia de “Cocinas Abiertas”, en la cual alumnos de escuela primaria y secundaria de todo el país visitan establecimientos donde se elaboran productos alimentarios, fomenta la adquisición de hábitos de buen consumo y elaboración casera de los alimentos en forma saludable. El 20 de mayo se movilizaron en todo el Uruguay unos 12.000 alumnos que en 19 departamentos fueron recibidos por un centenar de empresas del sector que los guiaron en recorridos ilustrativos sobre la producción saludable de alimentos.

En el campo de la investigación y difusión científica se apoyó un estudio sobre aspectos económicos del tabaco en la sociedad uruguaya. Por otra parte, se han destacado el cabildeo y la abogacía para propiciar proyectos de ley integrales y frenar iniciativas de ley inapropiadas para el control del tabaquismo.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del **Paraguay**, con la participación de la ACIDI y la cooperación técnica de la OPS/OMS, puso en marcha el proyecto “Prevención y Control de Enfermedades Prioritarias de América del Sur” (que abarca las AIEPI, la enfermedad de Chagas, las infecciones de transmisión sexual y la tuberculosis), orientado a reducir la morbilidad y mortalidad de niños, jóvenes y adultos debida a las enfermedades prevalentes. La amplia participación intersectorial y social en este proyecto permitió beneficiar a niños menores de 5 años de las zonas periféricas con la aplicación de la estrategia AIEPI, que ya ha sido incluida en los currículos de las escuelas de medicina y enfermería del país. El proyecto cuenta con la participación muy activa del Ministerio de Educación en la vigilancia y control de la enfermedad de Chagas. También incluye áreas demostrativas para la expansión de la estrategia DOTS. Por otra parte, en materia legislativa el Paraguay avanzó en el proceso de actualización de la legislación sobre seguridad de la sangre, considerando para ello el contexto creado por la normativa del MERCOSUR; la Oficina prestó cooperación en esta empresa.

El Gobierno del **Brasil** realizó la 12.^a Conferencia Nacional de Salud con el lema “El SUS que tenemos, el SUS que queremos”. La Conferencia, de carácter deliberativo, reunió alrededor de 5.000

participantes, con una representación paritaria de usuarios en relación con representantes del Gobierno, prestadores de servicios y profesionales de salud. Allí se discutieron los avances y las dificultades del Sistema Único de Salud. La OPS/OMS participó activamente en la organización y realización de la Conferencia. Por otra parte, en materia de adelantos tecnológicos, el Brasil trabaja para disminuir el impacto de los riesgos ambientales en la salud. Se ha diseñado y aplicado una metodología de evaluación en alrededor de 1.800 municipios, resultado de un trabajo intenso de colaboración entre instituciones académicas del país, el Ministerio de Salud y la OPS/OMS. Las intervenciones se evaluaron desde una perspectiva epidemiológica, económica, social, cultural, tecnológica y de gestión. La metodología fue presentada en el VI Congreso de Epidemiología de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva.

Con la participación de 14 ministros de salud, autoridades, especialistas internacionales, los Directores de la OPS y de la OMS y dos de los Directores Eméritos, se realizó en el Brasil el Seminario Internacional sobre Cuidados Básicos de Salud – 25 Años de la Declaración de Alma-Ata, actividad que sirvió para reafirmar la estrategia de atención primaria de salud.

Cooperación técnica entre países

La cooperación internacional ha variado su enfoque, al pasar de un concepto de asistencia técnica y financiera vertical que predominó hasta la década de 1980 a otro más integral y abarcador, como es el de la cooperación técnica dirigida a transferir aptitudes y conocimientos y desarrollar capacidades, más que a proveer financiamiento o asesoría. Este último enfoque, a su vez, otorga primordial importancia a la cooperación técnica entre países en desarrollo o cooperación técnica entre países.

El intercambio de experiencias y la complementariedad de recursos constituyen las riquezas de la cooperación entre países, al reconocer las capacidades existentes en los países en desarrollo y su utilidad potencial cuando se ponen al servicio de otros países que tienen condiciones económicas, tecnológicas y sociales similares.

Para la OPS, la cooperación técnica entre países es una prioridad programática. Se trata de un mecanismo idóneo para apoyar el desarrollo de las capacidades dentro de los países y que ofrece una oportunidad para lograr asociaciones estratégicas entre las instituciones de los países miembros y construir o desarrollar redes y alianzas para abordar los factores determinantes de la salud con actividades intersectoriales. Durante el bienio 2002-2003 se aprobaron 68 proyectos de cooperación técnica entre países. En lo que va del presente bienio se han aprobado y están en ejecución 17

proyectos, y están en negociación y revisión otros 25. En el siguiente cuadro se presenta el monto de los recursos asignados a proyectos de cooperación técnica entre países en los últimos tres bienios.

Recursos financieros de la OPS asignados a proyectos de cooperación técnica entre países, por subregión y bienio, Región de las Américas, 1998-2003

| Subregión | Bienio (US\$) | | | Total |
|-------------------|---------------|-----------|-----------|-----------|
| | 1998-1999 | 2000-2001 | 2002-2003 | |
| Área Andina | 427.870 | 432.428 | 455.512 | 1.315.810 |
| Cono Sur | 346.120 | 482.306 | 314.278 | 1.142.704 |
| Caribe no Latino | 456.705 | 325.494 | 353.392 | 1.135.591 |
| Caribe Latino | 147.203 | 273.402 | 420.218 | 840.823 |
| Centroamérica | 380.583 | 476.168 | 573.402 | 1.430.153 |
| América del Norte | 27.500 | 147.432 | 57.850 | 232.782 |
| Total | 1.785.981 | 2.137.230 | 2.174.652 | 6.097.863 |

Se observa una tendencia creciente en el volumen de proyectos de cooperación técnica entre países; para el bienio 2004-2005 se cuenta con US\$ 2.898.400.

ALIANZAS ESTRATÉGICAS EN PRO DE LA SALUD

La mayoría de los países están llevando a cabo en diferente forma la descentralización, concediendo cada vez más responsabilidades a las entidades del nivel subnacional y local. Entretanto, los niveles centrales se dedican más a las funciones políticas y de reglamentación. Por otro lado, para enfrentar mejor los retos derivados de la globalización, los países también delegan responsabilidades en los niveles supranacionales. Con objeto de participar más favorablemente en este proceso, los países de la Región están negociando diversos convenios referentes al comercio o la integración en los ámbitos mundial, regional y subregional. La OMC, el ALCA, el MERCOSUR, la CAN, el SICA, la CARICOM, la ALADI, el OIRSA, la OTCA, el ORAS, la AEC y el TLC son algunas de las entidades donde se consideran crecientemente temas de interés para la salud. Para integrar la salud en estas negociaciones, el sector de la salud trabaja con sus contrapartes de comercio, agricultura y relaciones exteriores.

A la luz de la actual situación que enfrentan los países de las Américas, particularmente en lo que atañe a la inequidad y la pobreza, cabe preguntarse cuál es la respuesta de la comunidad internacional. La salud, la pobreza y la equidad son factores clave que se relacionan en forma directa con los mandatos determinados por los Cuerpos Directivos de la OPS y, de hecho, están firmemente integrados en la Agenda Internacional de Desarrollo. Más específicamente, salud y género han recibido mucha atención en los últimos años. La fuerza conductora para el desarrollo internacional fue la adopción de los ODM durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000.

En diversos foros internacionales realizados en años recientes, los ODM se han empleado como un trampolín para extender la visibilidad y la voluntad política al abordar la pobreza, la salud y la equidad. Entre estos foros se incluyen la Conferencia Internacional sobre el Financiamiento para el Desarrollo, una importante reunión cumbre convocada por las Naciones Unidas en Monterrey, México, en marzo de 2002; la Cumbre de Johannesburgo para el Desarrollo Sostenible, celebrada en septiembre de 2002, en la que se señaló que la salud, el agua y el saneamiento, la energía, la agricultura y la diversidad biológica son componentes principales para un desarrollo económico sostenible desde el punto de vista ambiental, y en el área de la equidad, la Conferencia Mundial

contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia que se celebró en Durban, Sudáfrica, en septiembre de 2001.

El sistema de las Naciones Unidas promueve y participa en el establecimiento de fondos e iniciativas especiales diseñadas para abordar los problemas de salud del mundo (por ejemplo, el ONUSIDA, la GAVI, el FMSTM). Otros hitos importantes fueron la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el SIDA, celebrada con la participación de líderes mundiales, a quienes se los exhortó a enfrentar con firmeza la pandemia de SIDA, así como la Sesión Especial de la UNGASS sobre los Niños, celebrada en mayo de 2002, que fue otra iniciativa mundial importante para evaluar el progreso hecho en las metas de salud infantil.

Además de las Reuniones Mundiales, las Cumbres de las Américas brindaron una oportunidad importante para promover la agenda de salud y equidad en la Región. La última Cumbre Extraordinaria de las Américas tuvo lugar en Monterrey, México, en enero de 2004, y estuvo dedicada principalmente al desarrollo social, el crecimiento económico con equidad y la gobernanza democrática. El componente de desarrollo social trató los temas del VIH/SIDA, la extensión de la protección social en salud, enfermedades emergentes y reemergentes, y salud y ambiente. Otras cumbres regionales, como las Cumbres Iberoamericanas y las Cumbres de Primeras Damas, también han abordado cuestiones de salud y de equidad, y la OPS ha participado en la planificación y realización de estas reuniones.

Para la Región de las Américas es imperativo aumentar, o al menos mantener, su proporción de 14% de la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) relacionada con la salud (10% de la AOD general) en un momento en que varios factores convergen para canalizar fondos a otras regiones necesitadas. Uno de estos factores es la tendencia de las fuentes tanto públicas como privadas a invertir buena parte de sus recursos en el financiamiento del FMSTM, que a su vez se concentra en países del África. Otro factor es que solo un número pequeño de países (4 ó 5) califica para la asistencia en muchos de los organismos de cooperación bilateral. Este enfoque impide enfrentar las desigualdades y la pobreza todavía presentes en casi todos los países de la Región. Además, la OPS también se enfrenta con una disminución de los recursos regionales de financiamiento, dadas la creciente tendencia al incremento de la cooperación bilateral y una descentralización de la toma de decisiones a nivel nacional.

Otro aspecto importante es el proceso de reforma de las Naciones Unidas, un tema clave en el desarrollo de la salud y la equidad como parte del programa internacional. El Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (GNUM) tiene dos instrumentos para alcanzar las cuatro metas de la reforma: el Sistema de Evaluación Común para los Países y el Marco de Asistencia de las Naciones

Unidas para el Desarrollo (MANUD). Este trabajo interinstitucional brinda una oportunidad a la OPS para promover la acción intersectorial en salud y los asuntos de equidad. Como tal, la OPS puede contribuir a este proceso al evaluar la repercusión de importantes proyectos de desarrollo sobre la salud en la Región. El GNUD también ha designado cinco países prioritarios en América Latina y el Caribe, que son los mismos países prioritarios de la OPS: Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua. El Sistema de Evaluación Común para los Países y el MANUD para estos países ya se han completado. En Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua, existe una relación entre el MANUD y los Documentos de Estrategia de Reducción de la Pobreza, del Banco Mundial.

El Director Ejecutivo del ONUSIDA y los Directores y Jefes Regionales de los copatrocinadores del ONUSIDA se reunieron en Washington, DC, en junio de 2003, para fortalecer la respuesta de las Naciones Unidas a la infección por el VIH/SIDA en los países de América Latina y el Caribe. El ONUSIDA, el UNICEF, el PNUD, el FNUAP, la UNESCO, la OIT, la ONUDD, el Banco Mundial y la OPS firmaron una Declaración orientada a profundizar el diálogo sobre la infección por el VIH/SIDA con líderes de gobiernos y otros responsables de la toma de decisiones de alto nivel en los países de la Región, y a concretar acciones que contrarresten la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y las poblaciones vulnerables. En febrero de 2004, el ONUSIDA y la OPS mantuvieron otra reunión donde se actualizó la situación del VIH/SIDA, se establecieron estrategias y se examinaron los progresos en el trabajo conjunto de la infección por el VIH/SIDA en las Américas, incluida la Iniciativa del Presidente Bush. Uno de los resultados de esta reunión fueron los términos de referencia de un comité coordinador interinstitucional sobre la infección por el VIH/SIDA para América Latina y el Caribe.

En junio de 2003, el Comité Regional OPS/UNICEF/FNUAP sobre Salud estableció las prioridades en áreas específicas a nivel regional y de país, haciendo hincapié en la identificación de intervenciones en países críticos y abordando la agenda inconclusa en salud. Los países prioritarios identificados fueron Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua, y las áreas técnicas de prioridad fueron el VIH/SIDA, los ODM, género, salud sexual y reproductiva, y atención primaria de salud. En febrero de 2004 se llevó a cabo la Ceremonia de Lanzamiento del Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna en América Latina y el Caribe, donde la OPS, el FNUAP, el UNICEF, Family Care Internacional, el Consejo de Población, el BID, el Banco Mundial y la USAID firmaron la Declaración de Apoyo a la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna en América Latina y el Caribe. Dentro del marco de estos compromisos, un grupo de estudio elaboró una estrategia de consenso para los próximos 10 años y determinó cinco áreas de acción prioritarias.

Una tendencia adicional en la estrategia de cooperación técnica de la OPS es la promoción de programas sostenibles en vez de proyectos a corto plazo. La OPS y sus socios están extendiendo el horizonte para acumular capital social dentro de los países e invertir en los recursos humanos nacionales y su capacidad técnica. Aunque los proyectos pueden resultar eficaces a corto plazo, el progreso puede detenerse al final del ciclo del proyecto. Al desplazar la atención a programas de mediano plazo, la OPS contribuye a promover la apropiación local de las estrategias de cooperación técnica y permitir su sostenibilidad en el futuro. Se han hecho importantes avances con la concreción de acuerdos con instituciones religiosas, la sociedad civil, asociaciones profesionales, el sector privado y organizaciones no gubernamentales para incorporar estrategias y protocolos comunes con el fin de asegurar la sinergia y la sincronía necesarias para acelerar el logro de impactos positivos en la salud de la población, fortaleciendo la rectoría de las autoridades de salud locales y nacionales.

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD EN ACCIÓN

Mediante varios grupos de trabajo y de estudio, desde junio de 2003 la Oficina trata y desarrolla propuestas para asegurar la eficacia y la relevancia de la Organización en el siglo XXI. Las propuestas varían desde ideas sencillas para mejorar la eficiencia hasta propuestas complejas de gran alcance en materia de estrategias, gobernabilidad y cultura de la Organización. Varias propuestas se prestaron a su ejecución inmediata y ya están siendo aplicadas por diversas líneas directivas. Por su parte, la adopción de recomendaciones más complejas que requieren inversiones significativas de tiempo y dinero prosigue a un ritmo más lento, como es el caso, por ejemplo, del examen de las modalidades para la cooperación técnica y la elaboración de una estrategia de recursos humanos actualizada para la OPS. Además, la Oficina prevé que las recomendaciones que formule el Grupo de Trabajo del Comité Ejecutivo sobre la OPS en el Siglo XXI tendrán implicaciones adicionales para el proceso de cambio.

En algunas áreas, la Organización ya se está beneficiando de los cambios hechos hasta ahora. Por ejemplo, la modificación del proceso de planificación y presupuesto ha dado como resultado inicial la mejor integración entre la asignación de los recursos y los objetivos del programa de trabajo de la OPS, y la alineación de este último con las áreas de trabajo de la OMS. También se destaca la evolución de un enfoque de proyectos a otro de programas en varias áreas de trabajo, la redefinición de las funciones de las áreas con nuevas y mayores delegaciones de autoridad, una estructura modificada para facilitar mayor cohesión en la dirección estratégica de la Organización —como fue esbozado en el Plan Estratégico para 2003-2007— y la Estrategia de Gestión. Además, la Oficina está facilitando el examen, por parte del Comité Ejecutivo, de las orientaciones de política y de la Política del Presupuesto Regional de la OPS. Estas políticas tendrán una marcada repercusión sobre la dirección estratégica de la Organización.

La Oficina ha dado prioridad explícita al fortalecimiento de las relaciones con el sistema de las Naciones Unidas en la Región, para participar en los procesos de reforma de las Naciones Unidas y expandir la variedad de asociaciones de la OPS. Estas reformas están fortaleciendo la capacidad de la Oficina para ayudar a los países de la Región a que prevean y respondan a los temas de salud mundiales e influyan en el programa de salud mundial.

En enero de 2004 se estableció un Equipo para el Manejo del Cambio en la oficina de la Directora, que trabaja con la Gestión Ejecutiva y la Gerencia de Personal para facilitar la introducción

de nuevos procesos y una nueva cultura de trabajo durante 2004-2005. Cuenta con el apoyo de un grupo que incluye a un representante nombrado por la Asociación de Personal y es conocido internamente como "Los Amigos del Cambio".

Con base en la propuesta presentada por México, el 44.º Consejo Directivo adoptó la resolución CD44.R14 para conformar el Grupo de Trabajo del Comité Ejecutivo sobre la OPS en el Siglo XXI, abierto a todos los países de la Región así como a algunas organizaciones internacionales relevantes. Bajo la presidencia de Barbados y con la participación de la Argentina, Costa Rica y el Perú como miembros designados por el Comité Ejecutivo, el Grupo de Trabajo inició su labor con una reunión celebrada en Roseau, Dominica, en febrero de 2004, a la que asistieron representantes de 13 países, y también de la OMS y la ALAESP. Durante la reunión se acordó desarrollar seis temas principales para orientar la reflexión: bienes de salud pública mundiales, retos para la salud pública en las Américas en el siglo XXI, modalidades de cooperación técnica en materia de salud, alianzas para la salud, gobernanza de la OPS y recursos para la salud.

Con la participación de los Cuerpos Directivos, los gerentes y todo su personal, la OPS está avanzando en su objetivo de ayudar a los países en su desarrollo sanitario a través de un marco que abarca la necesidad de completar la agenda inconclusa de salud pública, proteger los logros alcanzados en salud y enfrentar los retos futuros. La meta es garantizar que la Organización siga siendo una fuerza dinámica para la conquista de la equidad en salud en el siglo XXI.

SIGLAS Y ORGANISMOS O PROGRAMAS CORRESPONDIENTES

| | |
|---------|---|
| ACDI | Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional |
| AEC | Asociación de Estados del Caribe |
| AIEPI | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia |
| ALADI | Asociación Latinoamericana de Integración |
| ALAESP | Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública |
| ALCA | Área de Libre Comercio de las Américas |
| ASDI | Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |
| CAN | Comunidad Andina de Naciones |
| CARICOM | Comunidad del Caribe |
| CDC | Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA) |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y el Caribe (NU) |
| CLAP | Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (OPS) |
| EPA | Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos |
| FAO | Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación |
| FDA | Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos |
| FMSTM | Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria |
| FNUAP | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| GAVI | Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización |
| GNUD | Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| GTZ | Organismo Alemán para la Cooperación Técnica |
| IICA | Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura |
| INCAP | Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (OPS) |
| INPPAZ | Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (OPS) |
| MANUD | Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo |

| | |
|----------|--|
| MERCOSUR | Mercado Común del Sur |
| ODM | Objetivos de Desarrollo para el Milenio |
| OEA | Organización de los Estados Americanos |
| OECS | Organización de Estados del Caribe Oriental |
| OIE | Oficina Internacional de Epizootias |
| OIRSA | Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo |
| OMC | Organización Mundial del Comercio |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| ONUDD | Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito |
| ONUSIDA | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| ORAS | Organismo Andino de Salud |
| OSHA | Oficina de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos |
| OTCA | Organización del Tratado de Cooperación Amazónica |
| PMA | Programa Mundial de Alimentos |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| PNUMA | Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente |
| REMSAA | Reunión de Ministros de Salud del Área Andina |
| RESSCAD | Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana |
| SICA | Sistema de la Integración Centroamericana |
| TLC | Tratado de Libre Comercio de América del Norte |
| UNESCO | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura |
| UNGASS | Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| USAID | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (EUA) |
| USDA | Departamento de Agricultura de los Estados Unidos |