

## Contenido . . .

John Ehrenberg: peleando por las enfermedades olvidadas . . . . .	2
OPS asiste al Caribe luego de los huracanes . . . . .	3
45° Consejo Directivo de la OPS . . . . .	4-5
Promover la salud y seguridad alimentaria en la frontera . . . . .	7
Noticias de salud pública de las Américas . . . . .	8



## Líderes de salud de las Américas definen nuevas políticas

45° Consejo Directivo

Los ministros de Salud de las Américas se comprometieron a trabajar para zanjear las brechas en salud en los países y poblaciones de la región, durante la 45° reunión anual del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

**D**urante el encuentro, del 27 de septiembre al 1° de octubre, delegaciones de 38 países, incluyendo a 27 ministros, definieron nuevas direcciones para las políticas y programas de salud en áreas como: acceso a medicamentos esenciales, extensión de los tratamientos para el VIH/sida, revisión del Reglamento Sanitario Internacional y Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En la sesión de apertura estuvieron presentes Lee Jong-wook, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS); Miguel Ángel Rodríguez, entonces secretario general de la Organización de los Estados Americanos y Tommy Thompson, secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Lee destacó la importancia de uno de los temas clave de la agenda, la actualización del Reglamento Sanitario Internacional, que coordina la cooperación entre países en caso de brotes de enfermedades. "Las epidemias continúan amenazando a las Américas y al mundo", dijo Lee. "El nuevo reglamento ayudará a minimizar este peligro. Debemos estar preparados para responder a las crisis".

Otro de los temas tratados fue el impacto de los desastres naturales en los servicios de salud, que adquirió una relevancia especial ya que las noticias sobre el impacto y las consecuencias de la temporada 2004 de huracanes estuvieron presentes durante muchas de las sesiones a lo largo de la semana. Los ministros de los países afectados pidieron ayuda después de la serie de



Mejorar la salud materno infantil es una meta clave de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que ha recibido un nuevo respaldo de los ministros de Salud de la región que participaron del Consejo Directivo en septiembre.

huracanes y tormentas tropicales que azotaron la subregión en septiembre (ver artículo pág. 3).

Thompson, al comienzo de la sesión, expresó solidaridad con Haití y con los países que más sufrieron la "embestida de los huracanes que golpearon una y otra vez a la región del Caribe". Por eso, instó a la OPS a liderar un "grupo de acción inmediata", médicos y enfermeras entrenados que "pudieran llegar inmediatamente a un país y asistir a las personas afectadas".

En la resolución final, los miembros del Consejo Directivo instaron a los países miembros de la OPS a asegurar que los nuevos centros de salud sean construidos para soportar el impacto de los desastres y, en el caso de edificios más viejos, a reforzarlos para hacerlos más resistentes (ver artículo pág. 4).

Este encuentro también ofreció una oportunidad para analizar los progresos después de la reunión sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Y consolidó un compromiso por mejorar la salud y calidad de vida de los más pobres del mundo hacia 2015. Un informe preparado para el consejo destacó el progreso en algunas de las metas de salud, pero también reveló que ninguno de los países de las Américas podrá alcanzar todos los objetivos del milenio.

En la declaración, los ministros instaron a los países miembros a formular planes nacionales de acción para seguir trabajando en pos de estas metas, promover una mayor participación de los diferentes sectores, y apoyar la investigación y el monitoreo de los

progresos alcanzados. También exhortaron a la OPS a colaborar a través de la cooperación técnica.

En la reunión se aprobó la nueva Política de Presupuesto Regional por Programas que, por primera vez, ubica los recursos de la OPS de acuerdo a las necesidades de los países. Un 40% del total del presupuesto está destinado a los países y un 7% a los programas subregionales.

La epidemia de VIH fue otro tema central de la agenda. En una resolución, los ministros recibieron con agrado los recientes recortes en los precios de las drogas antirretrovirales, como resultado de las negociaciones de grupos de países, liderados por la OPS/OMS y las Naciones Unidas. También instaron a seguir luchando contra el estigma y la discriminación que siguen sufriendo las personas con VIH (ver artículo pág. 4).

Sobre el acceso a medicamentos esenciales, el consejo respaldó el uso de drogas genéricas para contener los precios y urgió a los países a desarrollar políticas y mecanismos de regulación para garantizar la calidad y seguridad de los productos.

Otros temas tratados fueron: migración de enfermeras de Latinoamérica y el Caribe, recursos humanos, atención primaria e investigación en salud. El ministro de Salud de Nicaragua, José Antonio Alvarado, presidió la reunión de una semana como presidente del consejo. En la sesión de cierre, describió los resultados como "un ejemplo de lo que el hemisferio puede hacer unido en nombre de la salud regional". ■

Más información en las págs. 4-5.

## CONVERSAMOS CON . . .



© Amanda Wasky/OPS

**John Ehrenberg**  
Jefe, Unidad de Enfermedades Transmisibles, OPS

John Ehrenberg asumió el cargo de jefe de la Unidad de Enfermedades Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en agosto. Trabaja en la OPS desde 1998, en el área de enfermedades tropicales y encabezando un esfuerzo multinacional contra la filariasis linfática. Anteriormente, dirigió un proyecto del Centro Carter de 6 millones de dólares para eliminar la oncocercosis de seis países latinoamericanos. Las dos forman parte del grupo de las llamadas "enfermedades olvidadas". Ejerció como profesor e investigador en la Universidad Autónoma del Yucatán en México, y en Etiopía y Liberia. Tiene un doctorado de la Johns Hopkins School of Public Health, una maestría de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, un diploma del Instituto Bernhard-Nocht para Enfermedades Tropicales en Alemania, y un título médico de la Universidad Autónoma Nacional de México.

#### ¿Qué características tienen las "enfermedades olvidadas"?

Como se trata de enfermedades que no causan emergencias epidemiológicas, no suelen ser percibidas como un problema de salud pública en la región. Esto se traduce en una menor demanda de cooperación técnica importante por parte de los países. No suelen atraer la atención de los ministros ni forman parte de la agenda de salud pública más urgente. Este espacio lo ocupan la tuberculosis, el dengue, la malaria o el VIH. Además, afectan especialmente a poblaciones también olvidadas -indígenas, personas que viven en zonas rurales aisladas, de difícil acceso- en donde las intervenciones se tornan más complejas. Como por ejemplo en la población nómada Yanomami de la cuenca norte del Amazonas, en donde la oncocercosis es endémica, o en las comunidades indígenas de los altos de Chiapas, en México. Todas las comunidades afectadas del continente comparten el mismo eje de la pobreza. Por eso, también resulta difícil el desarrollo de medicamentos y herramientas de diagnóstico para un mercado que no se percibe como "lucrativo" por las empresas farmacéuticas o de interés por el propio sector académico.

#### Pero estas enfermedades son importantes...

Sí, por ejemplo el caso de las geo-helminosis -infecciones producidas por un grupo de lombrices parásitas que se transmiten por el suelo-. Se calcula que del 20 al 30% de la población de Latinoamérica pudiera ser portadora de estos parásitos. En el caso de la filariasis linfática, hay casi 9 millones de personas en riesgo de contraerla en América y 3,2 millones de personas infectadas. Esta enfermedad representa la segunda causa de discapacidad a nivel mundial y, cuando no es tratada, puede provocar hidrocele, agrandamiento de los genitales en los hombres y agrandamiento de las mamas en las mujeres, ya que obstruye los vasos linfáticos. Ambos son efectos estigmatizantes. También hay 2.673 comunidades en nuestro continente que viven bajo el riesgo de otra de las enfermedades postergadas, la oncocercosis, conocida como ceguera de los ríos. El denominador común de estas enfermedades son las poblaciones de escasos recursos. En algunas, los grupos de alto riesgo se encuentran entre la población de escolares y preescolares, en otras, entre las poblaciones indígenas y afro-americanas, las mujeres en edad fértil o en personas cuyos oficios específicos -pescadores, campesinos o piscadores de café- los exponen directamente a la infección por la presencia de larvas infectantes en agua, en tierra o a la picadura de insectos transmisores.

#### ¿Cómo impactan en la salud pública?

Estas enfermedades contribuyen a mantener la pobreza y a bajar la expectativa de vida de los que las padecen. La oncocercosis y la filariasis linfática, si no son tratadas, causan discapacidades crónicas. Las geo-helminosis limitan la posibilidad de una mejor educación porque tienen efectos en el desarrollo psico-motriz en la niñez. Afectan a los niños en edad escolar, especialmente entre los 5 y los 14 años, lo que provoca que se pierdan días de clase y que el estado nutricional del niño se deteriore porque la lombriz compete por los nutrientes. Por ello se busca la articulación con otros sectores, especialmente con el sector educativo. El problema no se puede abordar exclusivamente desde la plataforma de la salud pública. Se trata de una problemática socioeconómica y ambiental que rebasa el ámbito médico.

Continúa en la página 6.

## ENFOQUE

## Por la seguridad del paciente

Recientemente, en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se hizo el lanzamiento de una nueva Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que buscará reducir las enfermedades, lesiones y muertes de pacientes al recibir atención médica.

La alianza es la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y su director general, LEE Jong-wook, viajó a Washington para el lanzamiento. Entre los socios están la OPS, el Departamento de Salud del Reino Unido, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, y otros organismos.

Los participantes en el evento del 27 de octubre indicaron que cada año, en Estados Unidos, los errores médicos ocasionan la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer del seno o sida. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos, mientras que en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6%.

Si bien los datos de los países en desarrollo son escasos, los expertos consideran que la situación es aun peor. La OMS calcula que por lo menos 50% de todo el equipo médico no es seguro y que 77% de todos los casos notificados de medicamentos falsificados y sin garantía de calidad ocurren en los países en desarrollo.

Sir Liam Donaldson, médico jefe del Gobierno del Reino Unido y presidente de la nueva alianza, señaló que hasta en los países industrializados el error humano es

solamente una parte del problema.

"La mayoría se deben a factores inherentes al sistema, como los protocolos equivocados. Si nos limitamos a castigar al personal, las posibilidades de aprender de nuestras faltas se irían a la tumba con el paciente que falleció", dijo Donaldson.

Susan Sheridan, vicepresidente de la organización Consumers Advancing Patient Safety (Consumidores en pro de la seguridad del paciente), describió diversos errores que dejaron a su primer hijo con daños cerebrales permanentes y cobraron la vida de su esposo. "Los pacientes son quienes se enteran primero de los errores", dijo. "Los sistemas de atención de salud tienen que satisfacer las necesidades de los pacientes y darles los medios para que puedan notificar los errores, para facilitar el aprendizaje".

Entre las acciones de la alianza están:

- Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada "Atención higiénica es atención más segura".
- Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos. Identificar y divulgar las "mejores prácticas".
- Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos.
- Lograr la participación plena de los pacientes en la labor de la alianza.

"Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón", dijo Donaldson. ■

## Cáncer cervical, progreso lento

Un nuevo informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), *A Situational Analysis of Cervical Cancer in Latin America and the Caribbean*, detectó que los programas de tamizaje de cáncer cervicouterino en la región no habían podido reducir los casos y las tasas de mortalidad, principalmente por tratamientos y seguimientos inadecuados.

Según el informe, la tasa de incidencia y la tasa de mortalidad han disminuido abruptamente en Norteamérica, ya que en Estados Unidos y Canadá llegaron a 10 por 100.000 mujeres. Sin embargo, las tasas en la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe están por encima de 20 casos por 100.000 (en algunos países es mucho más alta) y sólo son superadas por las tasas del África Occidental y Melanesia.

Además, el cáncer cervicouterino es la causa de un alto porcentaje de muertes por cáncer en la región; en Haití es del 49,2% en comparación con 2,5% en Norteamérica.

A pesar de que todos los países de la región cuentan con programas de tamizaje, las tasas altas persisten. En México, donde se han hecho tamizajes por más de 20 años sólo se ha logrado evitar menos del 13% de los casos prevenibles. En Costa Rica, ninguno de los programas establecidos desde 1960 ha tenido un impacto en la incidencia o la mortalidad. En Cuba, la incidencia y la mortalidad han aumentado entre las mujeres jóvenes aunque el tamizaje se efectúa desde 1968.

Según el informe, estas tasas altas se deben a problemas de acceso y calidad de los servicios. Por ejemplo, en México las tasas de cáncer cervicouterino se correlacionan con los niveles de pobreza. En Costa

Rica, se encontraron tasas altas de cáncer cervicouterino invasivo en las áreas costeras donde el acceso a los servicios de salud es prácticamente inexistente.

El informe también destaca que:

- Muchas mujeres tienen temor de someterse al tamizaje porque no conocen las opciones de tratamiento. En las zonas rurales de México, apenas 40% de las mujeres sabían lo que era la prueba del Papanicolaou.
- La larga espera para obtener los resultados del Papanicolaou, a menudo hace que las mujeres pierdan interés en el proceso y no acudan al seguimiento.
- Los centros de salud no logran coordinar las etapas de diagnóstico y tratamiento lo que impide programar el seguimiento. En 1996, un estudio de 16 centros de interpretación de datos en México halló que los falsos negativos variaban entre 10% y 54%.
- Las mujeres jóvenes se someten más frecuentemente al tamizaje, a pesar de que tienen menos riesgo de desarrollar la enfermedad en comparación con las mujeres mayores. Además, en muchos países sigue siendo baja la cobertura de tamizaje.

Para mejorar la situación, el informe de la OPS preconiza lo siguiente:

- Abogar en el ámbito político y técnico y promover la causa ante los donantes y la comunidad para garantizar la inclusión de la prevención del cáncer cervicouterino en el programa político de los países.
- Aumentar la investigación sobre el virus del papiloma humano. Intercambiar información de manera más eficiente y mejorar la coordinación entre los países y las regiones.
- Incorporar los conocimientos más recientes sobre este cáncer en la capacitación de profesionales. ■

## ENFOQUE

## La OPS ofrece asistencia al Caribe afectado por los huracanes

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) envió expertos en desastres y contribuyó a movilizar millones de dólares en ayuda de emergencia para que los países del Caribe pudieran superar las consecuencias de la serie de huracanes y tormentas tropicales que golpearon a la región en septiembre.

Después de los huracanes Frances, Iván y Jeanne, la OPS movilizó equipos de coordinadores de desastres, médicos, sanitarios, ingenieros civiles, expertos en sistemas de salud y personal para administración de suministros a Bahamas, Barbados, las Islas Caimán, República Dominicana, Grenada, Haití y Jamaica. También se movilizó personal desde Cuba y Panamá para colaborar en esfuerzos locales.

La OPS también ayudó a reunir asistencia financiera, formulando pedidos por cerca de 3 millones de dólares, para las necesidades de salud relacionadas con estos desastres en las islas Caimán, República Dominicana, Grenada, Haití y Jamaica. Y fue parte del pedido de ayuda del sistema de Naciones Unidas por 30 millones de dólares para aliviar la emergencia y lograr una rápida recuperación en Haití.

Haití sufrió los peores daños por los



Roses, de la OPS, y Thompson, secretaria de Salud de EE.UU., en su visita a Haití.

huracanes, que afectaron a cientos de miles de personas en el Caribe y Estados Unidos. El 18 y 19 de septiembre, las lluvias causadas por el paso de la tormenta tropical Jeanne cayeron sobre áreas severamente deforestadas y erosionadas, provocando graves inundaciones en el Valle Artibonite, en el noroeste del país. Cifras oficiales indicaron que, a principios de octubre, habían muerto 1.870 personas, 884 estaban todavía desaparecidas y 2.620 habían resultado heridas como consecuencia del huracán. En total, cerca de 300.000 haitianos fueron afectados, y 14.000 todavía estaban viviendo en refugios en la primera semana de octubre.

La ciudad de Gonaïves, de la costa norte, resultó la más perjudicada. Partes de la ciudad fueron invadidas por un torrente de fango y el agua alcanzó tres metros de altura, arrastrando objetos pesados "como si fueran papeles". Cuando las aguas retrocedieron emergieron cientos de cuerpos, mientras que muchos permanecieron enterrados en el fango. El grave daño en las carreteras dejó al área completamente aislada del resto del país.

Los organismos de alivio informaron que la distribución de agua y alimentos resultó obstaculizada por problemas de acceso y seguridad, ya que sólo hubo un grupo de estabilización de las Naciones Unidas para ofrecer protección y seguridad durante los esfuerzos de distribución. La inundación también causó severos daños al ganado y a la agricultura, creando problemas alimentarios a largo plazo en las zonas afectadas.

El hospital principal de la ciudad, La Providence, quedó inoperante. "Había cinco veces más doctores disponibles de los que hay normalmente, pero no había ningún lugar en condiciones para trabajar", dijo Claude de Ville, ex jefe del programa de desastres de la OPS, quien está retirado pero se unió al equipo de la OPS en Haití.

Como parte de los esfuerzos de socorro, la OPS distribuyó suministros para tratamiento de agua y botiquines de emergencia con medicamentos esenciales, suficientes para tratar a 10.000 pacientes. El equipo de 18 expertos trabajó estrechamente con funcionarios locales de salud, la Cruz Roja local e internacional, y organismos como Médicos sin Fronteras para recuperar los servicios de salud.

Los expertos de la OPS informaron que la interrupción de los abastecimientos de agua y la contaminación de los pozos, las viviendas y otros establecimientos habían aumentado el riesgo de enfermedades. Para vigilar la situación, se estableció un sistema de vigilancia de enfermedades, el cual a principios de octubre no había detectado ningún brote.

El pedido de ayuda de 30 millones de dólares realizado por las Naciones Unidas, lanzado el 1° de octubre, incluyó una solicitud de 9,9 millones para ayudar a restablecer la atención primaria de salud para la población afectada, así como para medicamentos esenciales y suministros, mejoramiento del agua y control de vectores.

También se incluyeron fondos para la atención del VIH/sida, nutrición, rehidratación oral, construcción de letrinas, cadena de frío para las vacunas y reconstrucción de los establecimientos de maternidad. Según los informes de los organismos, se esperaban mayores esfuerzos de distribución a mediados de octubre, y mayor asistencia para los grupos más vulnerables. Nuevas solicitudes de ayuda fueron surgiendo a medida que se iban completando las evaluaciones de daños.

### Más de allá de Haití

En la vecina República Dominicana, la tormenta tropical Jeanne mató a 11 personas, lesionando a 261 y dejando a 3 personas desaparecidas. Miles quedaron aislados en el noreste del país como resultado de las inundaciones. La OPS envió un equipo de expertos para evaluar las condiciones de



Una de las imágenes de la devastación, luego de las tormentas en Haití.



Residentes de Gonaïves, en Haití, caminan por las calles inundadas luego de la tormenta tropical Jeanne de septiembre, que cobró 1.870 vidas y causó todo tipo de daños.

salud y para obtener las medicinas y suministros para más de 23.000 personas que vivían en los albergues de emergencia.

En Panamá, los ríos de barro y la inundación causadas por las intensas lluvias provocaron 16 muertes y 1.400 personas damnificadas. En particular fueron afectados los vecindarios pobres en la zona oriental de Ciudad de Panamá. El clima turbulento provocó olas de 16 pies que inundaron las comunidades costeras. Según el Sistema Nacional de Protección Civil, 12.891 personas sufrieron lesiones por la inundación, con 2.744 casas dañadas y 281 destruidas. Los expertos de la OPS trabajaron junto a funcionarios de salud y de la oficina local de las Naciones Unidas.

Al comienzo de la temporada, el Huracán Iván causó daños y desplazó a un gran número de personas en Barbados, las Islas Caimán, Grenada y Jamaica. En total se cobró al menos 68 vidas en el Caribe. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) coordinó el esfuerzo de socorro de la OPS en estos países. Iván también causó al menos una docena de muertes en Jamaica, incluidos varios residentes de una villa de pescadores que quedaron atrapados por la marea alta.

Muchos establecimientos de salud tuvieron que enfrentar la escasez de agua, de suministros y de personal. También sufrió

daños el principal establecimiento de salud en Union Island, en las Granadinas.

Grenada padeció el golpe más duro de Iván. El 7 de septiembre, el huracán azotó la isla con lluvias torrenciales y vientos de casi 300 km, causando al menos 37 muertes, 380 lesionados y 42 hospitalizaciones, según informes de la OPS. Los vientos volaron el techo de un laboratorio en el Saint George Hospital y el Hospital Princess Alice quedó fuera de funcionamiento.

Se notificaron casos de diarrea, fiebre y erupciones cutáneas en los casi 240 albergues establecidos en la isla. La OPS movilizó un equipo de 12 médicos y enfermeras voluntarias desde otras islas del Caribe para hacer rondas por los refugios, recopilar datos y proporcionar tratamiento médico.

Antes, el Huracán Charley golpeó a Cuba el 13 de agosto, causando daños generalizados y cuatro víctimas. El huracán llegó luego a Estados Unidos, causando 27 muertes y una pérdida de 15 mil millones de dólares en daños en el estado de Florida.

El 2 de septiembre, el huracán Frances llegó a las Bahamas, destruyendo hogares y matando a dos personas. La OPS ofreció apoyo técnico en adiestramiento y desarrollo del SUMA y obtuvo suministros de emergencia para apoyar los esfuerzos de control de vectores. ■

## Los cadáveres no generan brotes

La situación más límite que se vive durante y después de un desastre es la pérdida de vidas. Y, según los expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a esto se suma un mito popular equivocado: los cadáveres deben sepultarse rápido, no importa cómo, para que no haya epidemias.

Según informa la guía *Manejo de cadáveres en situaciones de desastre*, publicada por la OPS, los cadáveres no conducen a brotes de enfermedades. Cuando se asocian cadáveres con epidemias, dice el manual, muchas veces las autoridades tienden a tomar decisiones erróneas, y la principal es llevar a cabo entierros masivos.

Las consecuencias de estas decisiones son dramáticas y se suman a las del propio desastre. Este tema volvió a estar sobre el tapete a partir de una información difundida por la Dirección de Protección Civil de Haití, cuando se reportaron 1.870 muertos y cientos de desaparecidos luego de las inundaciones provocadas por el paso de la tormenta tropical Jeanne, en septiembre.

"Lamentablemente seguimos siendo testigos del empleo de fosas comunes y de cremaciones masivas para una rápida disposición de los cuerpos", explica Mirta Roses Periago en la introducción del libro.

La Organización ha elaborado una serie de recomendaciones para que se erradique esta práctica equivocada. Algunas son:

- Difundir buena información, por ejemplo, que el cadáver posee incluso menor riesgo infecto-contagioso que una persona viva infectada.
- Dar prioridad a la identificación de cadáveres, independientemente de su número, para evitar consecuencias jurídicas y repercusiones de largo plazo.
- Evitar someter al equipo de rescate y a la población a campañas masivas de vacunación contra enfermedades que supuestamente transmiten los cadáveres.
- Tomar en cuenta las creencias culturales y religiosas de las poblaciones afectadas, aún cuando no se conciere la identidad del fallecido, respetando las costumbres del lugar de la tragedia. ■

## La OPS busca acelerar los TAR

En un lapso de seis meses el número de personas que reciben tratamiento para el VIH/sida en el Caribe aumentó alrededor de un 25%, dijo Carol Vlassoff, directora del programa de VIH/sida de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante una sesión informativa para los ministros de Salud reunidos en septiembre con motivo de la 45ª reunión del Consejo Directivo.

Vlassoff comentó que el aumento de 1.240 pacientes entre febrero y julio de este año colocó a la subregión en la vía para alcanzar, a finales de 2005, la meta de suministrar tratamiento antirretroviral (TAR) a todos aquellos que lo necesitan.

La región de las Américas está intentando suministrar tratamiento antirretroviral a unas 600.000 personas —el número total de personas que, se estima, necesita este tipo de tratamiento— en 2005. Esta meta fue establecida por los jefes de estado en la Declaración de Nuevo León durante la Cumbre de las Américas realizada en Monterrey. La meta se inscribe en el marco de la iniciativa mundial “Tres millones para 2005” y su propósito es que para ese año se suministre tratamiento a 3 millones de personas de todos los países en desarrollo.

Vlassoff dijo que 2 millones de personas viven con VIH/sida en Latinoamérica y el Caribe. Alrededor de 200.000 se infectaron el año pasado, y la mayoría de los nuevos casos son mujeres y personas jóvenes entre los 15 y los 24 años de edad.

Después del África Subsahariana, el Caribe registra las tasas más altas del mundo y se calcula que entre un 2 y 3% de los adultos está infectado. América Central ha sufrido un aumento sostenido de las infecciones, principalmente por transmisión heterosexual y homosexual masculina. En el Cono Sur, el uso de drogas por vía intravenosa es un factor determinante en las nuevas infecciones. En la región, la

mayoría de las víctimas de la epidemia siguen siendo los pobres y vulnerables.

A pesar del avance de la epidemia, los esfuerzos por controlarla han dado resultados, según Vlassoff. En Brasil, gracias a los programas de prevención y tratamiento, han disminuido desde finales de los años 90 los nuevos casos, las hospitalizaciones y las muertes. En Barbados, iniciativas similares han conducido a una disminución de las tasas de muerte y de nuevos casos, y en las Bahamas se han reducido las hospitalizaciones y la tasa de mortalidad, aunque el número de nuevos casos está en aumento.

Las negociaciones en Latinoamérica y el Caribe encabezadas por la OPS y el ONU-SIDA produjeron acuerdos para una reducción de hasta un 90% en los precios de los medicamentos.

Hasta finales de 2003, la OPS calculaba que 210.000 personas recibían tratamiento en la región, el 55% de los que se estima que lo necesitan.

Sin embargo, se requiere mucho más que la reducción de precios. Los países deben aumentar las pruebas, el asesoramiento y la vigilancia al igual que los esfuerzos de prevención, programas para el uso del condón y la educación sexual.

El apoyo de la OPS incluye, entre otros:

- Desarrollo de un plan para la vigilancia del VIH/sida junto con el Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
- Establecimiento de una Red Panamericana para el control de calidad de los laboratorios de medicamentos; talleres para asesorar a la juventud centroamericana en los temas de VIH/sida.

La OPS concentra gran parte de su apoyo en países con alta prevalencia de VIH y tasas bajas de tratamiento; como son Belice, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, República Dominicana, Surinam y los países del Caribe Oriental. ■



## Informe anual cita desafíos

En la primera jornada del Consejo Directivo, la directora de la Organización Panamericana de la Salud, Mirta Roses Periago, presentó ante los ministros de Salud el informe anual, en el cual destacó sus prioridades, y los logros y desafíos que enfrenta la organización.

“Mi dirección —explicó— 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”.

Entre estos logros, el informe cita las negociaciones colectivas de los países para abaratar los costos de los tratamientos contra el VIH/sida, la reducción de la morbilidad por tuberculosis, la declaración de Centroamérica como zona libre de cólera, la campaña de vacunación continental —que alcanzó este año a 40 millones de niños y adultos a lo largo de la región— y los pro-

gramas para erradicar la fiebre aftosa.

Roses también consideró que “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”.

Para alcanzar las metas de salud para 2015, explicó que la tarea abarcaría específicamente: mortalidad infantil, mortalidad materna, VIH/sida y malaria. En los dos primeros casos, el esfuerzo está centrado en zanjear enormes brechas. En 2003 la tasa de mortalidad infantil varió de 5,3 por 1.000 nacidos vivos en Canadá a 80,3 por 1.000 nacidos vivos en Haití, mientras que en mortalidad materna, las tasas varían de 16 por 100.000 nacidos vivos en Cuba a 680 por 100.000 nacidos vivos en Haití.

Roses puntualizó que la cooperación técnica viene prestando especial atención a los cinco países prioritarios: Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua. ■

## Nuevo reglamento sanitario

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) está en proceso de acordar con sus países miembros una serie de cambios al reglamento sanitario internacional (RSI), el código de cooperación entre los miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para controlar brotes de enfermedades de propagación internacional.

Los cambios, que se han venido preparando por 10 años, fueron impulsados por el surgimiento de enfermedades nuevas como el SARS (Síndrome Agudo Respiratorio Severo) o el resurgimiento de enfermedades infecciosas. En mayo de 2005, en Ginebra, durante la Asamblea Mundial de Salud, se presentará la nueva versión del RSI para la aprobación de los países miembros de la OPS/OMS. Durante el 45º Consejo Directivo de la OPS se presentó un informe sobre los cambios.

El marco del RSI modificado sostiene que la mejor forma de prevenir la propagación internacional de enfermedades es detectarlas y controlarlas mientras no han pasado de ser un problema local. Uno de los cambios más importantes es que se exigirá a los países que informen sobre cualquier enfermedad que represente una amenaza internacional. Actualmente, los reglamentos estipulan que se notifiquen solamente los brotes de cólera, peste bubónica y fiebre amarilla.

Otros cambios son:

- La OMS podrá utilizar información de fuentes no oficiales para identificar y responder a sucesos internacionales urgentes.
- Los países miembros acordarán responder a pedidos de la OMS para verificar información no oficial.
- Se designarán puntos focales nacionales responsables de intercambiar información con la OMS y de difundir información a los hospitales, funcionarios y aeropuertos.
- Los países establecerán sistemas de alerta temprana y de vigilancia y respuesta en conjunto con los servicios de salud, los puer-

tos, los aeropuertos, y las fronteras.

Según los nuevos reglamentos, la decisión acerca de cuándo se debe informar sobre acontecimientos relacionados con enfermedades deberá incluir: la gravedad del impacto sobre la salud pública, una forma inusitada o imprevista de la enfermedad, el potencial de propagación internacional, y la posibilidad de que se impongan restricciones a los viajes y el comercio.

“Si se produce un acontecimiento con posibles repercusiones internacionales, las administraciones sanitarias nacionales (con el aporte de diversos sectores) deberán determinar si el acontecimiento se ciñe a los criterios y, en consecuencia, debe notificarse a la OMS”, dice el informe de la OPS que se presentó al Consejo Directivo.

Los países miembros han emprendido nuevas iniciativas para prepararse en caso de enfermedades emergentes y reemergentes. Entre los resultados figuran:

- Establecimiento de redes de vigilancia subregionales en la cuenca amazónica, el Cono Sur, la subregión centroamericana y, recientemente, el Caribe. Estas redes vinculan a epidemiólogos, clínicos y científicos de laboratorio para intercambiar información, complementar los puntos fuertes de cada país y colaborar en la respuesta a acontecimientos que superan la capacidad individual de los países.

- En Argentina, Bolivia y Brasil, una reorganización exhaustiva de los sistemas de vigilancia presta especial atención a la capacidad local para detectar y responder a brotes de enfermedades infecciosas.

- Por parte de la OPS, prestación de cooperación técnica para el fortalecimiento de la capacidad epidemiológica y de laboratorio destinadas a la vigilancia y el control de enfermedades transmisibles y organización de redes de laboratorios en relación con determinados agentes patógenos y con estas enfermedades. ■

## OPS reconoce a pioneros de la salud

En septiembre, durante el 45º Consejo Directivo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Fundación para la Salud y la Educación (PAHEF) otorgaron tres premios en los campos de medicina, atención de salud y bioética.

Los premios reconocieron los aportes que hicieron a la medicina y a la salud pública tres profesionales destacados de Argentina, Brasil y Perú.

María Graciela de Ortúzar, médica e investigadora argentina, recibió el Premio de



María Graciela de Ortúzar, médica de Argentina, recibió el premio de Bioética.

Bioética Manuel Velasco Suárez por sus estudios para formular un nuevo marco acerca de los beneficios de la investigación genética en América Latina. Ortúzar es profesora de bioética en las escuelas de Humanidades, Leyes y Medicina de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Actualmente trabaja como investigadora en el Dartmouth College de New Hampshire por haberse hecho acreedora a una beca Fulbright; allí estudia las consecuencias éticas y sociales del proyecto del genoma humano. El resultado de su proyecto de investigación, que se publicará en un libro, será un nuevo marco de referencia acerca de los beneficios de la investigación genética para América Latina.

Creado en 2002, el Premio Manuel Velasco Suárez está destinado a estimular la formación de investigadores jóvenes en el campo de la bioética. Tomó su nombre del médico, académico e investigador mexicano, fundador del Instituto Nacional Mexicano de Neurología y Neurocirugía y de la Comisión Nacional Mexicana de Bioética.

El médico peruano Eduardo Salazar Lindo recibió el Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en Salud Interamericana por “su notable dedicación a la salud del lactante y

## Hacia hospitales más seguros



© Clark de Ville/OPS

El hospital de Gonaïves, en Haití, quedó completamente inundado en septiembre.

**H**En septiembre, durante el 45o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los ministros de Salud de las Américas acordaron que es prioritario lograr que los hospitales y los centros de salud sean más seguros en caso de desastres naturales.

Los ministros resolvieron que, para 2005, todos los hospitales, nuevos y remodelados, debían diseñarse, construirse y mantenerse de tal manera que puedan seguir funcionando después de un desastre.

En una presentación realizada por Jean-Luc Poncelet, jefe del área de desastres de la OPS, señaló que los hospitales son cruciales para mitigar las secuelas de los desastres porque ofrecen servicios que salvan vidas y brindan una muy necesaria sensación de seguridad a la población. Cuando no están funcionando aumenta el riesgo de muerte o de discapacidad permanente, en especial entre los enfermos y los heridos.

Poncelet dijo que "a menudo los hospitales dejan de funcionar cuando ocurre un desastre, cuando más se les necesita".

Más de la mitad de los 16.000 hospitales de Latinoamérica se encuentran en zonas de alto riesgo y muchos han sido

arrasados o inutilizados por terremotos, huracanes e inundaciones. Durante el terremoto de El Salvador, en 2001, aproximadamente 2.000 camas de hospital (39% de la capacidad total del país) quedaron fuera de servicio. En 1998, el huracán Mitch ocasionó daños en 78 centros de salud de Honduras. En Nicaragua, afectó a 180 establecimientos. Ese mismo año, el huracán Georges causó destrucción en 87 edificios de salud de República Dominicana.

Más recientemente, "el paso del huracán Iván por Granada acabó violentamente con toda la capacidad de la isla para prestar servicios de salud," agregó Poncelet.

Sin embargo, se ha comprobado que en caso de desastre las mejoras en el diseño y la construcción de los edificios son eficaces para reducir la vulnerabilidad de los hospitales y de otros establecimientos. En décadas recientes, varios países desarrollados como Estados Unidos y Japón han adoptado normas de construcción para que los hospitales y otros establecimientos públicos puedan resistir el embate de los desastres.

Un informe reciente de la OPS señala que 21 países del Caribe y de Latinoamérica también han comenzado a tener en cuenta estos asuntos como El Salvador, Costa Rica y Colombia, que han reconstruido hospitales para convertirlos en lugares más seguros. Colombia y Chile aprobaron leyes que exigen considerar medidas de prevención y mitigación de los desastres en la construcción de nuevas infraestructuras de salud.

Los proyectos piloto en países de ingresos medios y bajos demostraron que es posible reducir considerablemente la vulnerabilidad frente a los desastres. Poncelet dijo a los participantes que "tendremos hospitales completamente seguros cuando los otros sectores reconozcan que los establecimientos de salud salvan vidas y por lo tanto deben mantenerse en funcionamiento después de los desastres". ■

el niño, especialmente en el control y la mitigación de las enfermedades transmisibles relacionadas con la higiene y el saneamiento". Una de las razones que lo hicieron merecedor del premio fue su labor al salvar muchas vidas durante la epidemia de cólera ocurrida en Perú de 1991 a 1995. A comienzos de su carrera, Salazar Lindo inició el uso de la terapia de rehidratación oral en Perú.

Gastão de Souza Campos, médico e investigador brasileño, recibió el Premio OPS en Administración por "su notable contribución a la transformación del modelo de atención de salud mediante el desarrollo de un



© Armando Wask/OPS

Gastão de Souza Campos, médico brasileño, recibió el premio de Administración.

método de gestión que aumenta la democratización de los servicios al fortalecer los vínculos entre estos y los usuarios del Sistema Unificado de Salud del Brasil".

El Premio OPS en Administración se concede anualmente a un profesional destacado en el terreno de la salud para estimular la excelencia y el liderazgo en la administración y la gestión sanitarias.

Los ganadores de estos premios son seleccionados por un comité de cinco miembros. Las candidaturas las presentan ministros y líderes de salud, personal de la OPS, y socios y colaboradores de la OPS y PAHEE. ■



© Armando Wask/OPS

Eduardo Salazar Lindo ganó el premio Abraham Horwitz, de liderazgo en salud.

## La atención primaria todavía es clave

**C**on motivo del 25º aniversario de la Primera Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, los ministros de Salud de las Américas renovaron el compromiso de sus países con la "Salud para todos".

Como parte de una serie de eventos organizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se efectuó una sesión especial del 45º Consejo Directivo para conmemorar el aniversario de la conferencia de Alma Ata, celebrada en Kazajstán en 1978. Durante esta conferencia, los líderes de la salud del mundo entero respaldaron la atención primaria de salud como una estrategia para lograr mayor equidad en la salud.

En sus comentarios iniciales, la directora de la OPS, Mirta Roses Periago, señaló que el empuje para lograr la reforma del sector salud en las últimas décadas hizo que algunos países de las Américas perdieran de vista la importancia de la atención primaria de salud. Enfatizó que dicha estrategia está más vigente que nunca debido a las profundas brechas que subsisten en la calidad de la salud entre los diferentes grupos de población de la región.

Agregó que "este aniversario no sólo es un evento histórico, sino también una oportunidad para aprovechar las experiencias de quienes han preconizado la atención primaria de salud y trabajado por ella en los últimos 25 años".

En la presentación de un foro, el ministro de salud de Jamaica, John Junor, dijo que en su país se adoptaron los principios de la atención primaria de salud incluso antes de la conferencia de Alma Ata. El aumento de la esperanza de vida y la erradicación de la poliomielitis son algunos de los progresos importantes que el ministro atribuyó a la adopción de la estrategia.

"Todos los países del CARICOM se han beneficiado con la estrategia de atención de salud primaria" dijo Junor. Agregó que el mayor reto que afronta el Caribe hoy en día es adaptar la estrategia de atención primaria de salud a los problemas más recientes, por ejemplo, a las enfermedades crónicas.

"Debemos reconfirmar nuestro compromiso con la atención primaria de salud como una estrategia esencial para que la atención de salud llegue a la población en

forma de promoción, prevención y rehabilitación," comentó Junor.

El secretario de Salud de México, Julio Frenk, describió a la "salud para todos" como "una visión, una aspiración y una orientación para la política de salud pública". Pero, además, "la atención primaria de salud es una estrategia concreta y, por lo tanto, está abierta al debate". Por ejemplo, el lema de "salud para todos" puede cambiarse y agregar la palabra mejor. "Mejor salud para todos" es un concepto más dinámico. Deberíamos ser capaces de actualizar y evaluar con sentido crítico nuestros logros sin olvidar nuestro compromiso con los principios básicos".

El ministro de Salud de Argentina, Ginés González García, dijo que el Plan de Salud Federal de su país asigna una función primordial a la atención primaria de salud y que la estrategia fue clave en el restablecimiento de la situación de la salud en su país después de la crisis financiera.

"El problema principal no es la pobreza, dijo González García, el problema principal es la injusticia... y la mejor estrategia para combatirla es acabar con la injusticia en el sector salud".

Durante la primera conferencia celebrada en Alma Ata, 134 países y 67 organizaciones internacionales respaldaron la estrategia de atención primaria de salud como una manera para alcanzar la meta de "salud para todos en el año 2000".

La declaración final de la conferencia definió la atención primaria de salud como la atención "basada en métodos y tecnología prácticos, basados en pruebas científicas, aceptables socialmente y accesibles universalmente por medio de la participación plena de la gente y a un costo que la comunidad y el país puedan sufragar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, imbuídos con un espíritu de responsabilidad y determinación propias".

La OPS designó a un equipo de trabajo para formular un proyecto de la nueva declaración regional sobre atención primaria de salud y el futuro de la salud pública. Para el 2005, está programado un número especial de la Revista Panamericana de Salud Pública que se dedicará a la atención primaria de salud. ■

## Kennedy y la "Salud para todos"

**E**l senador estadounidense Edward Kennedy se presentó sorpresivamente en la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, Kazajstán, en 1978.

En una declaración reciente con motivo de la conmemoración del 25º aniversario de ese evento, Kennedy recordó la conferencia y reiteró su apoyo a los principios de la atención primaria de salud.

En Alma-Ata declaramos que la atención de salud no es un producto básico más. La riqueza de una nación no debería determinar la salud de su gente. La buena salud no es un regalo que se raciona dependiendo de la habilidad para costearla. La atención de salud de calidad y asequible para todos es una cuestión de justicia básica. En Alma-Ata instamos a los gobiernos del mundo a que garantizaran este derecho en el año 2000.

Si bien es cierto que todavía no hemos

cumplido con este compromiso, no debemos olvidarlo ni abandonarlo". La versión completa está en [www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata\\_kennedy.htm](http://www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_kennedy.htm). ■



© OPS/OMS

El senador Edward Kennedy (izq.) y el director de la OMS, Halfdan Mahler, en Alma Ata.

FOTOGALERÍA



El director general de la OMS, LEE Jong-wook charla con Mirta Roses, directora de la OPS, durante el 45º Consejo Directivo realizado en Washington, D.C., en septiembre.

© Armando Wask/OPS



Mirta Roses es nombrada Profesora Honoraria de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por el rector Manuel Burga Díaz, durante una visita oficial a Perú.

© OPS/Perú



De izq. a derecha, el secretario de Salud de Estados Unidos, Tommy Thompson, y el ministro de Salud de Argentina, Ginés González García, junto al secretario de Salud de Puerto Rico, Johnny Rullán, en la sede de la OPS en septiembre.

© Armando Wask/OPS



Fernando Lolas (izq), jefe del Programa de Bioética de la OPS recibe un Doctorado Honorario de la Escuela de Medicina de la Universidad San Marcos en Chile, en julio.

© OPS Chile



José Antonio Sermeño, secretario del Sistema de Integración Centroamericano (SICA), presentó su esquema de trabajo en salud en la sede de la OPS en septiembre.

© Armando Wask/OPS

CONVERSAMOS CON . . .

Viene de la página 2.

¿Al ser males de la pobreza, aumentan en países en crisis?

Sí, cuando la situación económica se deteriora, como en el caso de Uruguay o Argentina, resurgen algunas de estas parasitosis o se vuelven más críticas en aquellos lugares en donde ya existían. Se trata de un círculo vicioso porque son enfermedades de la pobreza que, a su vez, agudizan la pobreza. Siempre están ahí, contribuyendo a la pobreza crónica, aportando a la carga global de enfermedad. Estas enfermedades inciden, de una forma u otra, en todas las metas del milenio.

¿Por qué no se expandieron más por el continente?

A diferencia de otras enfermedades que estaban instaladas en las Américas desde siempre, algunas de las enfermedades postergadas, como la oncocercosis o la filariasis linfática, se introdujeron en la región durante la colonia, como consecuencia del tráfico de esclavos africanos. Con el traslado a un nuevo continente, los parásitos tuvieron que adaptarse a nuevos vectores y a nuevos entornos ecológicos así como a personas u hospederos cuya conformación genética y mecanismos de resistencia eran distintos a los de las personas a las que se habían adaptado originalmente. La combinación de estas condiciones probablemente fue la causa de que no se diseminaran rápidamente y de que mantuvieran un patrón focalizado. Y es justamente este patrón el que hace que al menos la oncocercosis y la filariasis linfática sean eliminables.

¿Cuáles son las metas de eliminación?

En el caso de las geo-helminiosis, la meta es que no menos del 75% de la población en edad escolar tenga acceso a medicamentos antiparasitarios y haya sido tratada para el 2010. Sin embargo, si bien los medicamentos reducen la carga parasitaria, estos programas no pueden ser sostenibles sin el compromiso político de realizar campañas educativas y otros proyectos de desarrollo comunitario. La meta es que para 2007 se haya eliminado la oncocercosis como problema de salud pública endémico en México, Guatemala, Ecuador, Colombia, Venezuela y Brasil. Este programa está basado en la administración de dos rondas de tratamiento al año con Ivermectina, un medicamento efectivo contra el estado larvario del parásito, a no menos del 85% de la población en riesgo durante 12 a 14 años ininterrumpidamente. En el caso de la filariasis linfática, la enfermedad podría ya haber sido eliminada en Costa Rica, Surinam y Trinidad y Tobago. La expectativa es que se elimine en Guyana para 2005, y en Haití y República Dominicana para 2010. Brasil ya ha eliminado 8 de sus once focos de filariasis linfática.

¿Cómo se avanzará en la agenda de "las olvidadas"?

Ha habido un consenso en la Organización sobre la necesidad de salir de los esquemas tradicionales de los programas verticales así como de evitar que se definan políticas a nivel central para imponerlas en los países. Creo que el olvido de estas enfermedades es, en parte, consecuencia de la centralización. En la actualidad estamos promoviendo la ejecución de intervenciones en pequeña escala en el control de algunas enfermedades postergadas. Hay iniciativas encaminadas en Haití, República Dominicana, Brasil, Honduras, Nicaragua, Ecuador, Bolivia, Belice y Surinam. Trabajamos sobre la activación de alianzas con UNICEF, el Banco Mundial, el Programa Mundial de Alimentos, organizaciones no gubernamentales, comunitarias y empresas farmacéuticas, algunas de las cuales donan los medicamentos que son requeridos durante la totalidad de los programas de eliminación. Apuntamos a que los Estados, las Provincias o los Cantones ejecuten estas intervenciones con una fuerte participación comunitaria, a través de asociaciones comunitarias, de los comités municipales y/o de los promotores de salud. En la articulación de acciones se busca aprovechar la infraestructura y al personal capacitado de un programa como el de lepra para manejar la discapacidad por filariasis linfática.

¿Hay buena respuesta por parte de las comunidades afectadas?

La demanda de ayuda por parte de la región es cada vez más fuerte. En el caso de las geo-helminiosis, imagínes que el niño recibe la medicación y poco después arroja la lombriz. La mamá queda impresionada al ver el efecto inmediato del tratamiento. Esto tiene un impacto sobre la madre, la sensibiliza sobre los beneficios de todas las acciones de salud. El Programa Regional de eliminación de la oncocercosis ha prácticamente eliminado la ceguera por esta enfermedad. Asimismo, ha logrado que otras manifestaciones oculares del mal se reduzcan al mínimo, inclusive en algunas de las poblaciones Yanomamis del Amazonas. Para sostener esto es esencial que trabajemos más allá de las clásicas medidas de salud pública. Estas enfermedades se eliminarán cuando se solucionen los problemas de la pobreza, entre ellos, el precario saneamiento ambiental y la falta de educación. Es un trabajo grande que requiere de una participación inter-programática e inter-sectorial. Esta demanda forma parte de nuestra agenda inconclusa, con aquellos sectores poblacionales que no han sido atendidos. ■

## ENFOQUE

## México, EE.UU. y la salud fronteriza

Estados Unidos y México organizaron recientemente varios eventos conjuntos de salud pública en la frontera México-Estados Unidos que ponen de relieve los beneficios de la cooperación internacional para alcanzar metas comunes de salud pública.

Los eventos formaban parte de la iniciativa Frontera Saludable 2010, que promueve los programas comunitarios en aspectos prioritarios para la salud fronteriza como diabetes, preparativos en caso de desastres, prevención de lesiones, inmunización y promoción de la salud.

La primera Semana Binacional de Salud en la frontera México-Estados Unidos, del 11 al 17 de octubre, fue auspiciada por la Comisión de Salud de la frontera México-Estados Unidos, la Secretaría de Salud de México, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la OPS, entre otros.

Durante la semana se llevaron a cabo ferias de salud, talleres, seminarios, caminatas por la salud y clínicas públicas. En total, más de 200 actividades de promoción de la salud en 14 ciudades hermanas en ambos lados de la frontera.

El director adjunto de la OPS, Joxel García, quien asistió a la Semana Binacional de Salud junto con el secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Tommy Thompson, y el secretario de Salud de México, Julio Frenk, dijo que esos esfuerzos conjuntos representaban "un modelo de colaboración bilateral que otros países pueden seguir".

En julio y octubre, ambos países realizaron campañas de vacunación en la zona fronteriza como seguimiento a la semana de vacunación organizada por la OPS en abril, que abarcó todo el continente. La finalidad de las campañas era velar por que los niños a ambos lados de la frontera recibieran las dosis de vacunas necesarias.

Las semanas de vacunación, celebradas del 1 de julio al 6 de agosto y del 11 al 17 de octubre, siguieron a la Semana de Vacunación en las Américas realizada en todo el continente del 24 al 30 de abril.

Entre las actividades realizadas en el

lado mexicano de la frontera se encontraban mensajes de servicio público transmitidos por radio y televisión para instar a los padres a que llevaran a sus niños a vacunar. Además, los voluntarios debidamente capacitados fueron de casa en casa invitando a los padres a vacunar a sus hijos y administraban vacunas allí mismo si se los pedían.

En el lado estadounidense, los mensajes de servicio público presentaban a padres que prometían vacunar a sus niños, mientras que los dispensarios abrieron sus puertas para recibir a todos los que quisieran vacunarse. Otras de las iniciativas fueron varias ferias de salud, como la del condado Doña Ana, Nuevo México, que atrajo a más de 3.000 personas.

Un aliado fundamental en la promoción del evento en Estados Unidos fue Head Start, un programa preescolar del Departamento de Salud y Servicios Humanos, que vinculó a la vacunación con las actividades del retorno a clases.

La semana de vacunación más reciente se efectuó como parte de la Semana Binacional de Salud en la frontera.

Los problemas de salud de las fronteras son especiales. Debido a que a diario un número considerable de personas cruza la frontera en ambas direcciones, aumenta el riesgo de transmisión transfronteriza de enfermedades transmisibles como la infección por VIH y la tuberculosis, y conductas de riesgo como el consumo de drogas.

Las condiciones de salud son muy diferentes de un lado y otro de la frontera, según se observa en las tasas de vacunación. Se calcula que en el lado estadounidense, 70% de los niños de menos de 3 años están vacunados, cifra muy por debajo de la tasa nacional del país, que es de 79% (hasta 2003). Los estados fronterizos de México tienen tasas de cobertura más altas que el país en conjunto, ya que 97% de los niños de menos de 1 año están vacunados. Entre las metas de la iniciativa Frontera Saludable 2010 está mantener la cobertura de vacunación en 95% o más para los niños mexicanos de 1 a 4 años y lograr, en el 2010, tasas de inmunización de 90% para los niños estadounidenses de 19 a 35 meses de edad. ■

## En Brasil, Roses define desafíos

Mirta Roses Periago, directora de la OPS, presentó los números más urgentes de la situación sanitaria de la región y su relación con los objetivos de desarrollo del milenio durante la apertura del seminario "El futuro de la salud pública: una nueva visión para las Américas" realizado en Brasil, en septiembre.

El encuentro fue una de las actividades por el 50° aniversario de la Escuela Nacional de Salud Pública de FioCruz. Algunos de los datos que se presentaron fueron:

- 230 millones de personas en Latinoamérica y el Caribe (46%) no cuentan con seguro de salud.
- 125 millones (27%) carecen de acceso permanente a servicios básicos de salud.
- 17% de los nacimientos no son asistidos por personal calificado.
- 87 millones de niños no completan su esquema de vacunación.
- 152 millones de personas carecen de acceso a agua potable o saneamiento básico.
- 120 millones de personas no tienen

acceso a la salud por razones económicas.

- 107 millones no tienen acceso por razones geográficas.

La OPS y sus Estados Miembros están desarrollando políticas para que esa franja de población postergada llegue a los servicios. Algunos de los objetivos son:

- Garantizar a todos los ciudadanos la protección social en salud.
- Contribuir para eliminar las desigualdades en el acceso.
- Garantizar servicios de calidad.
- Proporcionar a los grupos sociales excluidos oportunidades para recibir atención integral.
- Eliminar la capacidad de pago como un factor restrictivo.

Roses observó que la pobreza y la desigualdad en la región han crecido en los últimos años, pero agregó que también se pueden percibir aspectos positivos, como una construcción de la ciudadanía, defensa de la vida, del bienestar de la población y una mayor participación popular gracias a las políticas de descentralización. ■

## INCAP celebra su 55° aniversario

Al principio de septiembre, se reunieron en Guatemala 600 expertos y funcionarios de la región para analizar la seguridad alimentaria en el contexto de los objetivos del milenio.

El encuentro fue una de las actividades realizadas por el 55° aniversario del Instituto Nutricional de Centroamérica y Panamá (INCAP). En el acto inaugural estuvieron presentes, entre otros, el vicepresidente de Guatemala, Eduardo Stein; el ministro de Salud y presidente del Consejo Directivo del INCAP, Marco Tulio Sosa; y Mirta Roses Periago, directora de la OPS.

Durante tres días, los expertos discutieron las intervenciones más efectivas para abordar las metas de salud y el papel de la seguridad alimentaria como una estrategia para alcanzarlas. Para esto, se organizaron foros centrados en cada una de las metas. El foro sobre "Erradicación de la pobreza extrema y el hambre" destacó experiencias exitosas en Latinoamérica, como el Programa Hambre Cero de Brasil, Oportunidades, de México y Vida Nueva, de Costa Rica. También se presentaron experiencias de desarrollo local y seguridad alimentaria y nutricional en Cuba, Colombia y Centroamérica.

Entre otras actividades, se realizaron un seminario sobre "Acido fólico, salud y desarrollo", que abordó el tema del uso de suplementos de ácido fólico para evitar defectos del tubo neural, y una reunión técnica sobre "Obesidad en la pobreza", enfocada en la situación actual de la obesidad en Centroamérica, sus factores determinantes, las consecuencias y las posibles soluciones para contrarrestar los efectos de esta enfermedad.

Aprovechando la presencia de los

expertos se sentaron las bases de programas e intervenciones para el control y la prevención de la obesidad en la niñez en países de Latinoamérica.

En el marco de esta actividad se organizaron también la Exponitución, en donde se presentaron las últimas innovaciones en alimentos nutricionalmente mejorados, novedades en suplementos vitamínicos usados en programas de fortificación de alimentos, y equipos, reactivos y otros insumos para garantizar la inocuidad de los alimentos y evaluar el estado nutricional de la población. En el encuentro, Stein destacó que, según un informe del

Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, "la inequidad es el mayor riesgo que enfrentamos los estados democráticos en todo el hemisferio". También hizo un llamado a un esfuerzo mundial en donde "prive la responsabilidad colectiva y las sociedades se comprometan, organizada y activamente, para superar este problema".

Roses, por su parte, dijo que "deben tomarse acciones conjuntas que permitan generar programas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional en Guatemala", en donde, según Hernán Delgado, director del INCAP, más del 50% de la población sobrevive con apenas un dólar diario, lo cual agrava la crisis de seguridad alimentaria en nuestro país".

El INCAP, fundado en 1949, es uno de nueve centros científicos y técnicos de la OPS. Está dedicado a mejorar la nutrición de Centroamérica y Panamá a través de investigación, información y comunicación, asistencia técnica, formación y desarrollo de recursos humanos, y movilización de recursos. ■

## Bolivia se moviliza contra la violencia

Con el fin de reducir la alta incidencia de violencia en Bolivia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) forma parte de un proyecto que promueve la participación comunitaria en los esfuerzos de prevención.

La iniciativa se basa en la organización de Unidades Comunitarias de Orientación (UCO), que funcionan como mediadoras entre la comunidad y las instituciones competentes. Sus principales funciones son la orientación, información, referencia y conciliación de casos de violencia cuando éstos no constituyen delitos tipificados.

Los miembros de las UCO reciben capacitación en temas como formas de violencia y factores de riesgo, derechos humanos, autoestima, resolución de conflictos, comunicación efectiva, técnicas de conciliación y aspectos relacionados con organización.

El programa también establece sistemas de vigilancia comunitaria, que consisten en la elaboración de mapas de riesgo, buzones de sugerencias y denuncias, registro de datos elementales y reuniones mensuales "para la acción"; instrumentos con los cuales se consigue una articulación con las instituciones encargadas de responder al problema de violencia (salud, policial y legal).

Este proyecto comenzó con una experiencia en el barrio Cosmos 79 del "Distrito Centenario OPS", ubicado en el

Municipio El Alto, en La Paz.

Una evaluación inicial reveló que:

- Alrededor del 60% de los casos de maltrato se controlan dentro la comunidad sin requerir de atención institucional.
- Las personas de la comunidad, comunicándose "de vecino a vecino" conocen sus derechos y saben a dónde recurrir en caso de problemas.
- La comunidad, a través de la UCO, informa a las instituciones sobre zonas de peligro y tipos de violencias más frecuentes, y juntas desarrollan acciones optimizando recursos.
- Las personas que integran la UCO potencian su autoestima y desarrollan conductas de sensibilidad y solidaridad.

En la actualidad se ha replicado el modelo y funcionan 37 UCO's en los departamentos de Santa Cruz, Tarija, Cochabamba y La Paz. Ahora la meta es organizar 18 nuevas unidades por departamentos a lo largo del país para finales de 2005.

La violencia, tanto doméstica como de la calle, se ha vuelto un problema significativo de salud pública en Bolivia. La violencia doméstica afecta a entre 5 y 6 mujeres con pareja. Uno de cada 3 niños es víctima de maltrato infantil. A esto se suman otras formas de violencia de las cuales no hay un registro oficial, pero que también constituyen un grave problema. ■

## NOTICIAS BREVES

**Reunión en Medellín examina ajuste y salud**

Delegados de ministerios de Salud de nueve países y funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reunieron en Antioquia, Colombia, en septiembre, para evaluar los efectos que el ajuste estructural y las reformas en salud han tenido sobre la salud de la comunidad. La actividad fue organizada por la OPS y la Universidad de Antioquia. Sus participantes examinaron evidencia de que los derechos en salud, la equidad, la solidaridad y la protección social han sido, en muchos casos, sacrificados en beneficio del incremento de la eficiencia de los sistemas de salud. Se enfatizó en un nuevo enfoque sobre las Funciones Esenciales de Salud Pública del Estado y sobre los programas de salud comunitaria. Entre los participantes estuvieron el alcalde de Medellín, Sergio Fajardo, y el gobernador de Antioquia, Aníbal Gaviria, además del representante de la OPS/OMS en Colombia, Pier Paolo Balladelli. ■

**OPS y USDA colaboran en seguridad alimentaria**

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y la OPS firmaron un acuerdo en junio para trabajar juntos en el mejoramiento de la seguridad alimentaria y el aumento del comercio de alimentos en las Américas. Las agencias se unirán para mejorar la protección contra contaminación y enfermedades de los suministros de alimentos y de los productos de la industria agropecuaria, para promover la toma de decisiones basadas en evidencias científicas y el establecimiento de estándares, apoyar la armonización de estándares que afectan el comercio y a la salud pública y animal, promover el intercambio entre científicos, oficiales, productores y consumidores en los países de la región y coordinar mejor y compartir recursos para los programas de gerenciamiento e investigación científica. El USDA ha participado en la Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMS), el foro sobre salud pública veterinaria más importante de la región. ■

**Se suma socio a la alianza por la salud infantil**

La fundación Bristol-Meyer Squibb otorgó en agosto 400.000 dólares a la Catholic Medical Misión Board (CMMB), convirtiéndose en el más reciente socio en el proyecto OPS-CMMB, orientado a prevenir las muertes infantiles en El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. El proyecto Acción por la Salud Familiar para Aumentar la Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) promueve el uso de esta estrategia para reducir la mortalidad infantil y los efectos de las enfermedades de la niñez, y para mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años. Provee también las herramientas esenciales de AIEPI y drogas antirretrovirales e incluye esfuerzos para prevenir la transmisión de madre a niño del VIH. Este apoyo también fortalecerá las capacidades de las organizaciones basadas en la fe y de los ministerios para coordinar y acelerar esfuerzos en estas áreas. ■

**Nuevo programa de capacitación en desastres**

La OPS ha firmado un acuerdo con la Universidad de Ginebra para intensificar la cooperación en preparativos de emergencia y programas de alivio en situaciones de desastre. El Área de Preparativos y Socorro en casos de Desastre de la OPS y el Programa Multifacultad de Acción Humanitaria de la universidad trabajarán juntos en áreas de desarrollo profesional, investigación académica y análisis. Las organizaciones cooperarán en identificar candidatos para los programas de postgrado en Ginebra y crearán una red para facilitar el contacto entre los graduados del programa en Ginebra y de programas de la OPS. La OPS también considerará a los estudiantes de Ginebra para pasantías en el área de desastres de la OPS en Washington o en sus oficinas regionales en Barbados, Costa Rica y Ecuador. El Programa de Acción Humanitaria de la Universidad de Ginebra incluye cursos sobre gerenciamiento en crisis, salud pública y acción humanitaria, y emergencia, desarrollo, ley y acción humanitaria. ■

**Congreso por la salud y la vida en Guayaquil**

En Guayaquil, Ecuador, en septiembre, se realizó el II Congreso Nacional por la Salud y la Vida, que reunió a 801 delegados de distintas regiones del país. El objetivo principal del encuentro —que contó con el apoyo de la OPS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y UNICEF, entre otros— fue consensuar puntos de vista para el desarrollo de la Política Nacional de Salud del país y el impulso a la organización del Sistema Nacional de Salud. El congreso tuvo una alta participación de la sociedad civil —movimientos de mujeres, jóvenes, organizaciones indígenas, federaciones barriales— que discutieron temas como equidad y derecho a la salud, cobertura y acceso universal a la salud. ■

**Trabajo de OPS y Family Health International**

La OPS y Family Health International, una organización sin fines de lucro de Carolina del Norte, Estados Unidos, firmaron un acuerdo para continuar el trabajo conjunto para mejorar los servicios de salud familiar y reproductiva, y la investigación en Latinoamérica y el Caribe. Las dos organizaciones han venido trabajando en investigación, capacitación, diseminación de información y provisión de servicios para la salud materno infantil, prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención y tratamiento del VIH/sida y salud reproductiva adolescente. Las nuevas tareas incluirán: vigilancia epidemiológica, y evaluación de riesgos y beneficios de métodos de planificación familiar. ■

**OPS y UNICEF aceleran trabajos en salud**

La OPS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) firmaron un acuerdo a fines de julio para acelerar los esfuerzos conjuntos en situaciones de desastres, campañas de inmunización, prevención del VIH/sida y monitoreo de la nutrición. El acuerdo también prioriza la colaboración para alcanzar la equidad en salud, el mejoramiento de la calidad de vida de los niños y la protección de los derechos infantiles. Cubre la capacitación del personal de la OPS y UNICEF en áreas técnicas relacionadas con preparación y respuesta a emergencias, desarrollo y utilización del sistema de manejo de suministros (SUMA) y esfuerzos de colaboración en los días nacionales de vacunación, nutrición y prevención del VIH/sida. ■



La seguridad primero. El corredor colombiano de Fórmula Uno Juan Pablo Montoya aparece en un mensaje de la OPS difundido en la región que promueve la seguridad vial.



**Directora Ejecutiva:** Bryna Brennan  
**Editoras:** Donna Eberwine  
Paula Andalo  
**Director de Arte:** Gilles Collette  
**Producción:** Alex Winder  
**Fotografía:** Armando Waak

**NOTA DE LA REDACCIÓN**

**OPSAHORA** es una publicación del Área de Información Pública, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas, Organización Mundial de la Salud. Dirección: 525 23rd Street, N.W., Washington, D.C. 20037, EE.UU. Teléfono: (202) 974-3458. Facsímil: (202) 974-3143. Los textos y fotografías pueden reproducirse siempre que: 1) se reconozca al autor o fotógrafo; 2) se acompañe el texto con una leyenda que diga "Reproducido de OPSAHORA, boletín de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas, Organización Mundial de la Salud"; y 3) se envíen dos copias a la Redacción.

Algunos artículos que aparecen en OPSAHORA reflejan el punto de vista del autor y no representan necesariamente la opinión oficial de la OPS/OMS.

<http://www.paho.org/news/>



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional para las Américas  
**Organización Mundial de la Salud**

525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037

