



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



51.º CONSEJO DIRECTIVO

63.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011

Punto 3.2 del orden del día provisional

CD51/3 (Esp.)
26 de agosto 2011
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: del compromiso a la acción

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Mensaje de la Directora	3
Introducción	4
Capítulo I. Progreso regional en la consecución de los ODM relacionados con la salud	11
Capítulo II. De objetivos a resultados	26
Capítulo III. Lecciones y desafíos	69
Siglas y Abreviaturas	75

Mensaje de la Directora:

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe anual correspondiente al período 2010-2011 relativo a las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. En este informe se pone de relieve la importante labor de cooperación técnica realizada durante este lapso en el marco del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud aprobado por sus Cuerpos Directivos para el quinquenio 2008-2012.

Mirta Roses Periago
Directora

La salud y los objetivos de desarrollo del Milenio: del compromiso a la acción

“Los Objetivos de Desarrollo del Milenio son el cometido de mayor alcance que se haya emprendido jamás para combatir las privaciones humanas y el primero en poner la salud en el centro del desarrollo. Nos dan una oportunidad inigualable para mejorar la salud y la equidad al movilizar la acción multisectorial coordinada para combatir las enfermedades y mejorar los determinantes sociales de la salud.”

*Dra. Mirta Roses Periago
Directora, Oficina Sanitaria Panamericana
Organización Panamericana de la Salud*

Introducción

1. Para los países de la Región de las Américas y de todo el mundo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas han sido a la vez un reto y un catalizador. Esa era la intención de los 189 jefes de gobierno que respaldaron la Declaración del Milenio en los albores del siglo XXI. Al refrendar los ODM, los líderes de los países de ingresos bajos y medianos se comprometieron a intensificar considerablemente la acción para reducir la pobreza y mejorar la calidad de vida de las personas más vulnerables, mientras que los representantes de los países de ingresos altos prometieron aumentar el apoyo a estos esfuerzos. Juntos, estos líderes expresaron el compromiso mundial nuevo y sin precedentes de “hacer realidad para todos el derecho al desarrollo y a liberar de necesidades a toda la especie humana”.

2. En América Latina y el Caribe, el llamado de los ODM a la acción ha sido plasmado en una agenda regional de desarrollo centrada en la reducción de la pobreza y las disparidades entre ricos y pobres teniendo en cuenta que el continente americano es la Región más desigual del mundo. En los mandatos emanados de las Cumbres de las Américas, las asambleas generales de la Organización de los Estados Americanos (OEA), las reuniones del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros foros regionales se han preconizado reiteradamente políticas y programas orientados a la reducción de la inequidad y la mejora de las condiciones de vida para los pobres.

3. Los líderes políticos de la Región reiteraron su compromiso en la Conferencia Internacional del 2003 sobre los ODM en América Latina y el Caribe, celebrada en Brasilia, y en las Cumbres de las Américas celebradas en Monterrey en el 2004, en Mar del Plata en el 2005 y en Puerto España en el 2009. La Declaración de Brasilia del 2003, en particular, fue un llamamiento firme a la acción, en la cual se indicaron con un grado considerable de detalle las responsabilidades de los Estados, los legisladores, la sociedad civil y la comunidad internacional para impulsar los ODM. La Región estuvo bien representada en las cumbres de revisión de los ODM del 2005 y el 2010, y todos los

organismos de las Naciones Unidas que trabajan en las Américas contribuyeron a los informes de progreso del 2005 y el 2010, coordinados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas.

Mandatos de la OPS que apoyan los ODM, 2000-2010

- Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas (resolución CSP26.R13), 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 2002
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud (resolución CD45.R3), 45.^o Consejo Directivo de la OPS, 2004
- Acceso a los medicamentos (resolución CD45.R7), 45.^o Consejo Directivo de la OPS, 2004
- Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/sida (resolución CD45.R10), 45.^o Consejo Directivo de la OPS, 2004
- La malaria y los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, incluyendo los contenidos en la Declaración del Milenio (resolución CD46/R13), 46.^o Consejo Directivo de la OPS, 2005
- Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015) (resolución CD46.R15), 46.^o Consejo Directivo de la OPS, 2005
- Estrategia regional para el control de la tuberculosis para 2005-2015 (resolución CD46.R12), 46.^o Consejo Directivo de la OPS, 2005
- Política de la OPS en materia de igualdad de género (resolución CD46.R16), 46.^o Consejo Directivo de la OPS, 2005
- Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo (resolución CD47.R8), 47.^o Consejo Directivo de la OPS, 2006
- Estrategia regional para mantener los programas nacionales de vacunación en las Américas (resolución CD47.R10), 47.^o Consejo Directivo de la OPS, 2006
- La salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (resolución CD47.R19), 47.^o Consejo Directivo de la OPS, 2006
- La salud de los pueblos indígenas de las Américas (resolución CD47.R18), 47.^o Consejo Directivo de la OPS, 2006
- Alianza estratégica para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (resolución CD47/INF2), 47.^o Consejo Directivo de la OPS, 2006
- Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017, presentado por los ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, 2007
- Rostros, voces y lugares: Respuesta desde las comunidades a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (resolución CSP27/14), 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 2007
- Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño

(resolución CD48.R4), 48.º Consejo Directivo de la OPS, 2008

- Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (resolución CD48.R5), 48.º Consejo Directivo de la OPS, 2008
- Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género (resolución CD49.R12), 49.º Consejo Directivo de la OPS, 2009
- Salud familiar y comunitaria (resolución CD49.R13), 49.º Consejo Directivo de la OPS, 2009
- Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud (resolución CD49.R22), 49.º Consejo Directivo de la OPS, 2009
- Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica (resolución CD50.R11), 50.º Consejo Directivo de la OPS, 2010
- Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita (resolución CD50.R12), 50.º Consejo Directivo de la OPS, 2010.

4. Los ODM asignan una función central a la salud. Tres de los ocho objetivos (4, 5 y 6) abordan desafíos específicos de la salud, en tanto que otros dos objetivos (1 y 8) y al menos tres metas están relacionados de manera inseparable con la salud (véase el recuadro 2). Eso refleja el amplio consenso del siglo XXI de que la salud es tanto un resultado como un insumo esencial del desarrollo social y económico. En efecto, el marco de los ODM muestra que el estado de salud y la esperanza de vida se han convertido en indicadores representativos del funcionamiento de una sociedad.

5. Aunque el marco de los ODM no incluye cada prioridad actual de la salud mundial (las enfermedades crónicas son una omisión llamativa), los objetivos relacionados con la salud abordan los principales factores que contribuyen a aumentar la carga de morbilidad de las poblaciones más vulnerables del mundo. Igualmente importante es que varias metas abordan los principales determinantes sociales de la salud y las desigualdades en este ámbito, reforzando un enfoque promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS. Con este enfoque, los ODM han creado oportunidades sin precedentes para promover la acción y las inversiones en la salud y en los factores sociales que influyen en ella a nivel local, nacional, regional y mundial.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

- Reducir a la mitad, entre 1990 y el 2015, la proporción de personas que viven en la pobreza extrema.
- Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes.
- Reducir a la mitad, entre 1990 y el 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

2. Lograr la enseñanza primaria universal

- Asegurar que, en el 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

3. Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer

- Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria para el año 2005 y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales del 2015.

4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y el 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años.

5. Mejorar la salud materna

- Reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y el 2015.
- Lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

6. Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades

- Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/sida.
- Lograr el acceso universal al tratamiento de todas las personas que lo necesiten.
- Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

- Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente.
- Haber reducido considerablemente la pérdida de diversidad biológica.
- Reducir a la mitad, para el 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios de saneamiento.
- Haber mejorado considerablemente, para el 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales.

8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

- Continuar desarrollando un sistema comercial y financiero abierto, basado en reglas establecidas, predecible y no discriminatorio.
- Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.
- Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y los pequeños estados insulares en desarrollo.

- Abordar en forma integral la deuda de los países en desarrollo.
- En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.
- En cooperación con el sector privado, hacer más accesible los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de información y comunicaciones.

6. Aunque la acción de la OPS/OMS para impulsar los ODM comenzó poco después de la Declaración del Milenio, el marco fundamental para este trabajo se estableció en el 2004 en el 45.º Consejo Directivo de la OPS, cuando los líderes de salud de la Región dieron máxima prioridad a los ODM y se comprometieron a fortalecer el compromiso político en todos los niveles del gobierno (resolución CD45.R3).

7. En esa época, no parecía probable que ningún país de la Región de las Américas pudiera alcanzar todas las metas de los ODM, según el informe *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud*, elaborado por la Oficina Sanitaria Panamericana en preparación para la Asamblea General de las Naciones Unidas del 2005, en el cual se basó la resolución del Consejo Directivo del 2004. La Región en conjunto no estaba progresando lo suficiente para alcanzar las metas relativas a la mortalidad materna e infantil ni estaba encarrilada para detener y controlar la propagación de la infección por el VIH para el 2015. Las posibilidades de controlar y detener la malaria y tuberculosis, y de alcanzar las metas relativas al acceso al agua, el saneamiento y los medicamentos esenciales eran poco claras. A fin de acelerar el progreso, en el estudio se preconizaba un “enfoque panamericano”, según el cual los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones internacionales debían colaborar por medio de alianzas nuevas y con una mayor asistencia para el desarrollo a fin de avanzar en la consecución de los ODM.

8. En respuesta al informe, los ministros se comprometieron a tomar una serie de medidas en sus países y en el plano internacional con la finalidad de acelerar el progreso en la consecución de los ODM, entre ellas promover las alianzas intersectoriales, intensificar la acción en el campo del desarrollo sanitario nacional y la protección social, mejorar la medición y el seguimiento del progreso realizado en la consecución de los ODM y fomentar una mayor participación de la sociedad civil en la acción para impulsar los ODM. Los ministros exhortaron a la Oficina Sanitaria Panamericana a que apoyara sus esfuerzos y a que incorporara las prioridades de los ODM relacionadas con la salud en todos sus programas de cooperación técnica, prestando especial atención a los países y grupos de la población más necesitados.

9. Estos compromisos con la aceleración del progreso en la consecución de los ODM relacionados con la salud se reforzaron con la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, dada a conocer por los ministros de salud de la Región previamente a la sesión de apertura de la Asamblea General de la OEA en **Panamá** en el 2007. La nueva

agenda regional concordaba con los ODM tanto explícitamente como en su énfasis en los determinantes sociales de la salud y la ampliación de la protección social con la finalidad de reducir las inequidades entre los países y dentro de ellos.

10. Los Estados Miembros de la OPS/OMS dieron seguimiento a estos compromisos incorporando los ODM en sus procesos de planificación de la salud y del desarrollo a nivel nacional, formulando iniciativas nuevas y redoblando los esfuerzos que ya estaban orientados hacia los ODM en áreas como la mortalidad materna e infantil. Esta acción recibió el apoyo decidido de los donantes internacionales, en particular del Fondo para el Logro de los ODM, de **España**, de la Oficina Sanitaria Panamericana y de otros colaboradores de las Naciones Unidas.

11. La cooperación técnica de la OPS/OMS para apoyar la labor de los Estados Miembros en esta área ha incluido tanto programas en curso como iniciativas especiales centradas explícitamente en los ODM. Entre los primeros cabe señalar la acción para mejorar la nutrición del lactante y del niño pequeño, reducir la mortalidad materna e infantil, controlar la infección por el VIH y otras infecciones, promover el acceso al agua potable y el saneamiento, fortalecer y reorganizar los sistemas de salud y ampliar la protección social en el ámbito de la salud. Las iniciativas especiales incluyen la cooperación técnica en cuatro áreas principales: a) fortalecimiento de la base de datos probatorios y seguimiento del progreso hacia la consecución de los ODM, b) abogacía y logro de consensos, c) elaboración y ejecución de planes y estrategias regionales para alcanzar los ODM, y d) movilización de recursos y alianzas. A fin de impulsar los ODM a nivel local, la OPS/OMS también puso en marcha la iniciativa “Rostros, voces y lugares de los ODM”, que constituye una acción intersectorial integrada, con varios asociados, a fin de fomentar la participación de las comunidades más vulnerables de la Región para abordar las brechas en el progreso en la consecución de los ODM que se ocultan detrás de los promedios nacionales.

12. Todos estos esfuerzos han contribuido al gran progreso realizado en relación con los ODM en la Región durante los últimos años. En contraposición al 2004, ahora la Región en su totalidad está al día para alcanzar la mayoría de las metas relacionadas con la salud de los ODM, en particular las relativas al hambre, la mortalidad en la niñez, el agua y el saneamiento. Entre los principales avances se encuentran la disminución de la desnutrición infantil, la ampliación del acceso al agua y el saneamiento, y la disminución de la incidencia de la malaria y la tuberculosis y de la mortalidad por estas enfermedades. Es difícil evaluar el progreso en algunas áreas, especialmente la mortalidad materna, debido a problemas con los datos. Sin embargo, solo la meta de haber detenido y comenzado a reducir la propagación de la infección por el VIH/sida en el 2015 parece seguir estando fuera del alcance de la Región, a pesar de los grandes adelantos en la ampliación del tratamiento y la prevención de la infección por el VIH.

13. Al mismo tiempo, este progreso ha sido muy desigual entre los países y especialmente dentro de ellos. Algunos siguen rezagados y es poco probable que alcancen las metas que la Región en su totalidad está en camino de cumplir. Sin embargo, prácticamente en todos los países de la Región hay grupos y comunidades vulnerables que se han beneficiado poco o no se han beneficiado en absoluto del progreso en relación con los ODM a nivel nacional. La necesidad de centrarse especialmente en estos grupos ha sido un principio fundamental de la labor de la OPS/OMS para impulsar los ODM y es una de las enseñanzas principales extraídas de las experiencias de la Región en esta área.

14. Otras enseñanzas, que se describen detalladamente en el capítulo 3 de este informe, son la necesidad de adaptar las metas y los indicadores para que sean válidos en el contexto regional, la urgencia de formar capital humano a nivel local y la importancia de incorporar el cambio climático y la sostenibilidad en el programa de desarrollo regional. Será importante aprovechar todas estas enseñanzas para afianzar los avances y acelerar el progreso en la consecución de los ODM en los años que quedan antes del 2015, así como procurar un progreso sostenible en los años subsiguientes.

Capítulo I. Progreso regional en la consecución de los ODM relacionados con la salud

15. La prominencia de la salud en el marco de los ODM refleja el reconocimiento generalizado de los sólidos vínculos que existen entre la salud y el desarrollo socioeconómico y la necesidad de reducir las inequidades en ambos campos para lograr un progreso sostenido en el mundo.

16. La salud influye en todas las economías y sociedades a causa de los costos económicos directos de las enfermedades y discapacidades, así como por sus efectos en el desarrollo individual, la productividad y la creatividad. De igual manera, ciertos determinantes sociales, como la pobreza, el nivel de escolaridad, la discriminación y otras formas de exclusión social, repercuten en la salud durante toda la vida por medio de variables tales como la nutrición prenatal y en la niñez, las condiciones de vida y de trabajo, los conocimientos y los comportamientos en relación con la salud, y el acceso a los bienes y servicios sanitarios. Por consiguiente, en cierta medida es necesario impulsar todos los ODM para facilitar y mantener el progreso de los resultados en materia de salud, creando cohesión social y reforzando el civismo individual.

17. Mientras que en el capítulo 2 de este informe se pone de relieve la cooperación técnica de la OPS/OMS en relación con casi todos los ODM, el presente capítulo se centra en el progreso realizado en la Región con respecto a los objetivos y las metas que están más directamente relacionados con la salud: meta C del ODM 1, ODM 4, ODM 5, ODM 6, metas C y D del ODM 7 y meta E del ODM 8.

ODM 1: Erradicar el hambre

Meta e indicadores del ODM 1 relacionados con el hambre

Meta C: Reducir a la mitad, entre 1990 y el 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre

Indicadores:

- Prevalencia del peso inferior al normal en los menores de 5 años
- Proporción de la población cuyo consumo de energía alimentaria es inferior al mínimo

18. Más de la mitad de los países y territorios de América Latina y el Caribe sobre los cuales hay datos parecen estar encaminados a nivel nacional para lograr las metas oficiales de los ODM en relación con el hambre, según el informe de la CEPAL del 2010 titulado *El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad*. Estas metas se centran en las necesidades

calóricas mínimas, que en la Región de las Américas se definen como 1.800 kcal por día por persona, y la desnutrición de los niños, que se define como peso bajo para la edad.

19. Ocho países y territorios ya han alcanzado la meta en relación con las necesidades calóricas mínimas: **Cuba, Guyana, Jamaica, Antillas Holandesas, Nicaragua, Perú, San Vicente y las Granadinas y Uruguay**. Ocho países más estarían en condiciones de lograr esa meta: **Bahamas, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras y Suriname** (CEPAL/FAO).

20. En cambio, siete países han avanzado menos de lo necesario para alcanzar la meta de las calorías mínimas para el 2015: **Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Haití, Panamá, Paraguay, República Dominicana, y Trinidad y Tabago**. Otros siete no han avanzado en absoluto o están en condiciones inferiores de satisfacer las necesidades nutricionales mínimas de su población que hace 20 años: **El Salvador, Granada, Guatemala, México, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, y Venezuela (República Bolivariana de)** (CEPAL/FAO).

21. Es importante observar que, en varios países que han logrado progresos, 20% o más de la población todavía no consume las necesidades calóricas mínimas. Entre ellos se encuentran **Haití** (58%), **Bolivia** (23%), **República Dominicana** (21%) y **Nicaragua** (21%), así como el Caribe en su totalidad (23%) (CEPAL/FAO).

22. Por el contrario, en seis países, menos del 5% de la población no consume las necesidades calóricas mínimas: **Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, México y Uruguay** (CEPAL/FAO).

23. Según los datos obtenidos sobre la desnutrición en la niñez (peso bajo para la edad), América Latina y el Caribe en su totalidad han reducido este indicador un 20% más de lo que se necesitaría a fin de alcanzar esta meta para el 2015.

24. Sin embargo, el progreso varía mucho de un país a otro. Doce países están adelantados: **Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Venezuela**. Por su parte, **Belice y Jamaica** han avanzado desde 1990, pero menos de lo necesario para alcanzar la meta para el 2015. A su vez, **Argentina, Costa Rica y Uruguay** tienen tasas de desnutrición en la niñez de menos del 5% (2005), de modo que es muy probable que reduzcan esta tasa a menos del 2% para el 2015, erradicando así la desnutrición (CEPAL/OMS/UNICEF).

25. También vale la pena examinar algunos indicadores de desnutrición que pueden resultar tanto o más útiles en el contexto regional que los indicadores oficiales de los ODM para evaluar el progreso en la erradicación del hambre. Los niveles de desnutrición aguda, definida como peso bajo para la talla, se han mantenido estables en la mayor parte

de la Región durante los dos últimos decenios. Pero el problema ha reaparecido en varios países, entre ellos **Bolivia, Guatemala, Haití y Honduras**, con tasas de letalidad altas cuando no se lo trata adecuadamente.

26. Por otro lado, la desnutrición crónica, definida como talla baja para edad (retraso del crecimiento), sigue siendo un problema de salud grave en la Región, que afecta a unos 9 millones de niños y contribuye en gran medida a la mortalidad en la niñez. En toda América Latina y el Caribe, la prevalencia del retraso del crecimiento es mucho mayor que la prevalencia del peso inferior al normal. Sin embargo, también en este caso la tendencia es principalmente positiva: en todos los países sobre los cuales hay datos representativos, las tasas de retraso del crecimiento han descendido en los últimos años. Seis países de América Latina (**Brasil, Colombia, El Salvador, México, Nicaragua y República Dominicana**) están en camino de reducir el retraso del crecimiento a la mitad para el 2015, en tanto que a **Bolivia, Costa Rica y Haití** están dentro de 3 puntos porcentuales de alcanzar ese nivel. El retraso del crecimiento sigue siendo un problema sumamente grave en Centroamérica y en los países andinos: afecta a la mitad de los guatemaltecos y entre un cuarto y un tercio de los bolivianos, ecuatorianos, haitianos, hondureños y peruanos.

27. Las carencias de micronutrientes (hierro, vitamina A y yodo, por ejemplo) también constituyen problemas nutricionales considerables en la Región, aunque no son indicadores de los ODM. La prevalencia de la anemia en los niños pequeños ha disminuido muy poco, de 34 a 33% en un período de 10 a 12 años, en los 16 países sobre los cuales hay datos en relación con esta tendencia. En las mujeres en edad fecunda que no están embarazadas, la anemia bajó solo levemente, de 21 a 20% durante un período similar. La tendencia es mejor en las embarazadas: la prevalencia de anemia en este grupo disminuyó de 43 a 28% en 15 países en un período de 10 años. También se han observado mejoras en los trastornos por carencia de yodo. No hay datos para evaluar el progreso con respecto a la carencia de vitamina A.

28. Aunque no se han recopilado datos sobre el hambre en relación con los ODM en **Estados Unidos y Canadá**, los indicadores muestran que, en el 2007, en 0,8% de las familias estadounidenses con niños, uno o más de esos niños estaban en una situación de “seguridad alimentaria muy baja”, o sea, comidas irregulares e ingesta alimentaria inferior a los niveles considerados adecuados por las personas a cargo de su cuidado (USDA). En el 2007 y el 2008, 2,7% de las familias canadienses sufrían una “grave inseguridad alimentaria”, o sea, ingesta reducida de alimentos y perturbación de los hábitos alimentarios como consecuencia de la falta de dinero para comprar alimentos (CCHS/Salud Canadá).

ODM 4: Reducir la mortalidad de los menores de 5 años

Meta e indicadores del ODM 4

Meta A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y el 2015, la mortalidad de los menores de 5 años

Indicadores:

- Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
- Tasa de mortalidad de los niños menores de 1 año
- Proporción de los niños de 1 año que han sido vacunados contra el sarampión

29. Los países de las Américas han avanzado mucho con la reducción de la mortalidad de lactantes (menores de 1 año) y niños pequeños (menores de 5 años). En **Canadá** y **Estados Unidos**, donde la tasa de mortalidad ya era baja, los cambios recientes han sido pequeños. La mortalidad en la niñez bajó el 4% en **Canadá** entre el 2001 y el 2006 (de 5,2 a 5,0 por 1.000 nacidos vivos). En **Estados Unidos**, durante el mismo período, la mortalidad en la niñez bajó el 7,4% (de 6,8 a 6,7 por 1.000).

30. Al 2009, América Latina y el Caribe tenían la tasa de mortalidad en la niñez más baja de cualquier región en desarrollo, de 19 por 1.000 nacidos vivos, así como la tasa de disminución más rápida (55%) desde 1990. Para lograr la meta de los ODM de reducir la mortalidad infantil para el 2015, era necesario que los países hubieran logrado para el 2009 una reducción del 50,2% como mínimo desde 1990, lo cual significa que, en general, la Región está encarrilada para cumplir el ODM 4.

31. Este progreso refleja varios factores, entre ellos mejoras en intervenciones cruciales de atención primaria de salud y el mayor acceso a ellas, como la inmunización, el apoyo a la lactancia materna, la atención de niños sanos y la terapia de rehidratación para las enfermedades diarreicas, así como la ampliación de los servicios básicos de agua potable y saneamiento. Otros factores importantes son el aumento del nivel de educación, especialmente de las mujeres, la disminución de las tasas de fecundidad y la reducción de la pobreza.

32. Sin embargo, estos promedios regionales ocultan grandes diferencias entre los países. Además de **Canadá** y **Estados Unidos**, varios países y territorios, entre ellos **Chile**, **Costa Rica**, **Cuba** y **Uruguay** en América Latina, así como **Anguila**, **Guadalupe**, **Guayana Francesa** y **Martinica** en el Caribe, han logrado tasas de mortalidad en la niñez de 10 por 1.000 o menores, comparables a las de muchos países desarrollados o incluso mejores. Por el contrario, **Bolivia** y **Haití** tienen tasas hasta ocho veces mayores, de 50 a 80 defunciones por 1.000 nacidos vivos. **Guyana**, **Suriname** y **Trinidad y Tabago** tienen tasas de 20 a 40 por 1.000, según diversos cálculos.

33. También hay grandes disparidades dentro de los países de la Región en lo que se refiere a la mortalidad en la niñez. En **Estados Unidos**, la mortalidad en la niñez entre los bebés de mujeres negras no hispanas es casi el doble del promedio nacional (13 en comparación con 6,7 por 1.000 nacidos vivos) y la tasa entre los bebés de mujeres puertorriqueñas es 44% mayor que entre los bebés de mujeres blancas no hispanas (CDC, 2006). En América Latina, los cálculos de las defunciones de niños nacidos de mujeres de 25 a 39 años de edad varían sorprendentemente entre divisiones administrativas pequeñas de varios países, de menos del 3% a más del 25% en diferentes áreas de **México, Guatemala, Nicaragua y Panamá** (CELADE, 2000). También hay disparidades entre las zonas urbanas y periurbanas de las principales zonas metropolitanas y entre los grupos indígenas o étnicos y la población general, aunque las diferencias son mucho mayores en algunos países que en otros.

34. En cuanto a la mortalidad en la niñez (menores de 5 años), en América Latina y el Caribe en conjunto se observó una disminución del 79,1% entre 1991 y 2009 y casi todos los países presentaron una disminución muy superior al 50%, suficiente para lograr la reducción prevista para el 2015 (CELADE y División de Población de las Naciones Unidas). Del mismo modo que la mortalidad en la niñez, sin embargo, las tasas reales siguen variando mucho entre países y territorios, de más de 50 por 1.000 nacidos vivos en **Haití, Bolivia y Guyana** a menos de 10 por 1.000 en **Chile, Cuba y Guadalupe**.

ODM 5: Mejorar la salud materna

Metas e indicadores del ODM 5

Meta A: Reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y el 2015

Indicadores:

- Porcentaje de los partos atendidos por personal de salud capacitado

Meta B: Lograr, para el 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

Indicadores:

- Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos
- Tasa de natalidad en la adolescencia
- Cobertura de la atención prenatal
- Necesidades no atendidas en lo que se refiere a la planificación familiar

35. La mortalidad materna varía extraordinariamente entre los países de las Américas, de menos de 50 defunciones por 100.000 nacidos vivos en **Argentina, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos y Uruguay** a 630 por 100.000 en **Haití**. En el Caribe, los tres países con la mortalidad materna más alta son **Suriname** (184,3 defunciones por 100.000 nacidos vivos en el 2007), **Guyana** (112,5 defunciones en el 2007) y **Jamaica** (95 defunciones en el 2001-2003) (indicadores básicos de la OPS).

36. Según los datos de la OPS/OMS, la mortalidad materna disminuyó el 40% en las Américas entre 1990 y el 2008, de 140 a 84 defunciones por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, es difícil dar seguimiento al progreso en este indicador debido a problemas con la calidad y la cobertura de los datos. Algunos países han mejorado la notificación de las muertes maternas, lo cual puede ocultar mejoras reales en la mortalidad. Se cree que otros países subestiman las defunciones maternas hasta en un 50%. Aunque los datos muestran que 15 países de la Región presentaron una disminución entre 1990 y el 2008, eso no ocurrió con muchos otros y la mayoría de los países tienen poca probabilidad de alcanzar la meta de los ODM para el 2015.

37. Entretanto, los cálculos recientes indican que se producen poco más de 10.000 defunciones maternas en la Región cada año, muchas de las cuales podrían prevenirse con intervenciones comunes.

38. Los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna son causas obstétricas directas tales como trastornos hipertensivos (preeclampsia y eclampsia), hemorragias y abortos, así como septicemia y otras infecciones del puerperio. Las causas indirectas incluyen la infección por el VIH y las enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria, que son factores que contribuyen a las muertes maternas.

39. Uno de los factores más estrechamente relacionados con las enfermedades y las muertes maternas es la ausencia de personal de salud capacitado en el parto. En 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció un umbral de 90% de los partos con atención profesional como meta para el 2015. Varios países de la Región, entre ellos **Bolivia, Guatemala, Haití y Perú**, han quedado muy a la zaga con respecto a este indicador; **Honduras, Nicaragua y Paraguay** también están rezagados, pero en menor grado (CEPAL). Sin embargo, la atención calificada del parto de por sí no puede garantizar la reducción de la mortalidad materna; igualmente importantes son la eficacia y la calidad de la atención, junto con la demora de la búsqueda de atención médica más especializada.

40. La meta del acceso universal a la salud reproductiva se agregó al ODM 5 en el 2005, lo cual refleja la preocupación por este aspecto esencial para la mejora de la salud materna y la reducción de las muertes maternas. Los indicadores correspondientes a esta meta son la prevalencia del uso de anticonceptivos, la cobertura de la atención prenatal, las tasas de natalidad en la adolescencia y las necesidades no atendidas en lo que se refiere a la planificación de la familia.

41. En términos generales, la cobertura de la atención prenatal es relativamente alta en América Latina y el Caribe: más de tres de cada cuatro mujeres realizan cuatro o más consultas prenatales en siete de 11 países que proporcionan datos sobre este indicador (CEPAL). Sin embargo, el acceso tanto a la atención prenatal como a la atención durante

el parto es mucho menor en zonas rurales y en las poblaciones indígenas y de ascendencia africana.

42. En cuanto a fecundidad en la adolescencia, la tasa de natalidad entre las mujeres de 15 a 19 años sigue siendo alta en América Latina y el Caribe, y bajó solo el 7,2% desde 1990 (CEPAL). África subsahariana es la única región que presentó una disminución menor de la fecundidad en la adolescencia (5,7%) durante ese período.

43. Se cree que los embarazos no deseados contribuyen a cerca de un cuarto de las defunciones maternas (Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe de 2007. Naciones Unidas). En varios países de América Latina, el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fecunda sigue siendo bajo, aunque la diferencia entre las zonas rurales y urbanas se ha reducido en la mayoría de los países sobre los cuales hay datos (CEPAL). Además, la mayoría de los países han reducido la demanda no atendida de servicios de planificación de la familia y las disparidades del acceso entre diferentes sectores sociales (CEPAL). Todavía queda mucho que hacer para que cada persona de la Región tenga acceso a servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de buena calidad.

ODM 6: Combatir la infección por el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades

Metas e indicadores del ODM 6 relacionados con la infección por el VIH/sida

Meta A: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación de la infección por el VIH/sida para el 2015

Indicadores:

- Prevalencia de la infección por el VIH en los habitantes de 15 a 24 años
- Uso de condón en la última relación sexual de alto riesgo
- Proporción de los habitantes de 15 a 24 años con un conocimiento completo y correcto de la infección por el VIH y el sida
- Asistencia escolar de los niños de 10 a 14 años que son huérfanos comparada con la asistencia escolar de los niños de esa edad que no son huérfanos

Meta B: Lograr, para el 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten

Indicadores:

- Proporción de los habitantes con una infección avanzada por el VIH que tienen acceso a medicamentos antirretrovíricos

44. La epidemia de la infección por el VIH ha tenido efectos diferentes en las distintas subregiones de las Américas. Con casi el 1% de los adultos (de 15 a 49 años) infectados, el Caribe tiene la prevalencia de infección por el VIH más alta de cualquier región del mundo excepto África subsahariana. En América del Norte, Central y del Sur se calcula que la prevalencia es del 0,5% (ONUSIDA).

45. Las tendencias recientes en lo que se refiere a las infecciones nuevas también varían según la subregión. Entre el 2001 y el 2009, las infecciones nuevas disminuyeron el 15% (de 20.000 a 17.000) en el Caribe y el 7% (de 99.000 a 92.000) en América Central y del Sur. En cambio, durante el mismo período, los casos nuevos aumentaron el 6% en América del Norte (de 66.000 a 70.000). A nivel regional, esto resultó en una disminución del 3% de los casos nuevos durante ese período.

46. Los cambios en la mortalidad han variado mucho en la Región de las Américas. En **Estados Unidos** y **Canadá**, las muertes por sida disminuyeron extraordinariamente tras la introducción del tratamiento con antirretrovíricos de gran actividad (TARGA). El número de defunciones atribuible a la infección por el VIH en **Canadá** bajó el 76% de 1995 a 1999 y el 16% del 2000 al 2006, el último año sobre el cual hay datos (PHAC). La tasa de mortalidad por la infección por el VIH ajustada según la edad en **Estados Unidos** disminuyó el 28% de 1995 a 1996, el 46% de 1996 a 1997 y el 18% de 1997 a 1998. A partir de 1998, la disminución anual fue del 3% al 8% (CDC). No obstante, el sida sigue siendo una de las causas principales de muerte en personas de 25 a 44 años de edad en **Estados Unidos**, en particular entre los afroestadounidenses y los hispanos.

47. En varios países de América Latina, entre ellos **Argentina**, **Brasil**, **Chile** y **Costa Rica**, la mortalidad por la infección por el VIH/sida es mucho menor como consecuencia del acceso ampliado al tratamiento con antirretrovíricos. En otros, como **Colombia**, **Venezuela** y **Ecuador**, la mortalidad por la infección por el VIH permanece estable o ha aumentado.

48. Los grupos más afectados por la epidemia en la Región de las Américas siguen siendo los hombres que tienen relaciones homosexuales, los consumidores de drogas inyectables y los profesionales del sexo. La proporción de mujeres infectadas por el VIH se ha estabilizado en un 34% de todas las personas infectadas por el VIH en América Latina y el 48% de las personas infectadas por el VIH en el Caribe (ONUSIDA/OPS/UNICEF).

49. En cuanto al uso de condones, algunos estudios muestran que más hombres (69%) que mujeres (40%) que tuvieron más de un compañero sexual durante los 12 meses anteriores dicen haber usado condones. En América Latina y el Caribe, solo tres países señalaron que los adolescentes pueden conseguir condones en la escuela (ONUSIDA/OMS). Los estudios también revelan un uso creciente de condones por los profesionales del sexo y sus clientes, pero subsisten lagunas en las medidas de prevención, en particular entre los hombres que tienen relaciones homosexuales y los consumidores de drogas inyectables (ONUSIDA/OMS).

50. El conocimiento de la transmisión y prevención de la infección por el VIH también varía mucho entre los países de la Región. La proporción de mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad que poseen conocimientos integrales y correctos acerca del VIH

varía del 9% en **Guatemala** al 89% en **Argentina**, mientras que la proporción de hombres jóvenes con tales conocimientos se sitúa entre el 10% en **Guatemala** y el 82,3% en **Argentina** (ONUSIDA/OMS). En el Caribe, el porcentaje de jóvenes con conocimientos integrales y correctos era inferior al 60% en el 2007, con un máximo del 56% en **Trinidad y Tabago** y un mínimo del 5,2% en Aruba (PNUD/MND Belice).

51. En cuanto al progreso hacia el acceso universal al tratamiento para la infección por el VIH, al 2009 el 50% de las personas de América Latina y el Caribe que necesitaban tratamiento con antirretrovíricos estaban recibéndolo, lo cual representa el nivel más alto entre las regiones de la OMS de ingresos bajos y medianos. La cobertura era mayor para las mujeres (55%) que para los hombres (49%) y aun mayor (58%) para los menores de 15 años que necesitaban tratamiento con antirretrovíricos. Sin embargo, se calcula que la cobertura de los niños en el Caribe era de solo el 29%, en comparación con el 68% de los niños de América Latina. El porcentaje de embarazadas infectadas por el VIH que recibían tratamiento con antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH aumentó del 19% en el 2004 al 54% en el 2009, con una cobertura algo mayor en el Caribe (59%) que en los países latinoamericanos (53%).

52. Del mismo modo que ocurre con otros indicadores de los ODM, hay grandes diferencias entre los países en lo que se refiere a la cobertura del tratamiento con antirretrovíricos. **Cuba y Guyana** son actualmente los únicos países de América Latina y el Caribe que han logrado una cobertura del 80%, el punto de referencia para el “acceso universal” al tratamiento con antirretrovíricos (OMS, 2009). Otros siete países (**Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, México y Suriname**) tenían una cobertura situada entre el 50% y el 80% al 2009. Otros tenían una cobertura inferior al 50% o carecían de los datos necesarios para calcularla.

53. **Argentina, Brasil, Ecuador, Guyana y Jamaica** se encuentran entre los únicos 11 países en desarrollo del mundo que han alcanzado la meta de una cobertura del 80% con tratamiento con antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH. La mitad de los 14 países en desarrollo del mundo que han alcanzado una cobertura de los niños con tratamiento con antirretrovíricos del 80% se encuentran en la Región: **Argentina, Brasil, Guyana, Jamaica, Panamá, Paraguay y Uruguay**.

54. Es difícil evaluar las tendencias de la cobertura con tratamiento con antirretrovíricos en América Latina y el Caribe durante el último decenio debido a los problemas con los datos y a los cambios en los criterios de la OMS con respecto a quiénes necesitan tratamiento y cuándo. A nivel mundial, la recomendación hecha por la OMS en el 2010 de cambiar el umbral del recuento de células CD4 para iniciar el tratamiento con antirretrovíricos dio lugar a un aumento del 45% en el número de personas que se calcula que la necesitaban en el 2009 en los países de ingresos bajos y medianos.

55. Más fácil de comparar es el número absoluto de personas que necesitan tratamiento con antirretrovíricos y el acceso a dicho tratamiento con el transcurso del tiempo. En América Latina y el Caribe, este número aumentó de 192.000 en el 2002 a 478.000 en el 2009, o sea, el 149% (no hay datos comparables sobre la cobertura con tratamiento con antirretrovíricos en **Canadá y Estados Unidos**).

Metas e indicadores del ODM 6 relativos a la malaria y la tuberculosis

Meta C: Haber detenido y comenzado a reducir, en el 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves

Indicadores:

- Tasas de incidencia y de mortalidad relacionadas con la malaria
- Proporción de niños menores de 5 años que duermen con mosquiteros tratados con insecticida
- Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con medicamentos antimaláricos apropiados
- Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad relacionadas con la tuberculosis
- Proporción de los casos de tuberculosis detectados y curados en el marco del tratamiento acortado directamente observado

56. En la Región de las Américas, la malaria sigue siendo endémica en la mayoría de los países (todos excepto **Canadá, Chile, Estados Unidos, Uruguay** y las islas del Caribe excepto **La Española**¹). En los 21 países con endemicidad, la acción coordinada de control y tratamiento ha contribuido a una reducción del 52% en los casos de malaria desde el 2000 y a una disminución del 69% en la mortalidad. La incidencia disminuyó en 18 países entre el 2000 y el 2009, y en nueve de ellos (**Argentina, Belice, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Suriname**) la disminución excedió del 75%, con lo cual se alcanzó la meta de los ODM en relación con la malaria.

57. En otros cuatro países (**Bolivia, Brasil, Honduras y México**), la incidencia de la malaria bajó entre el 50 y el 75%. En **Haití, República Dominicana y Venezuela** hubo un aumento de la incidencia de la malaria durante el último decenio; sin embargo, desde el 2005 ha habido una tendencia a la disminución en todos los países donde la malaria sigue siendo endémica, con excepción de **Haití**.

58. Gran parte de este progreso se debe al éxito de la vigilancia de la aparición de resistencia a los medicamentos antimaláricos y a los ajustes consiguientes en las pautas de tratamiento (esta labor se describe con más detalles en el capítulo 2). Por ejemplo, en **Suriname**, tras el cambio de la política de tratamiento en el 2004 como consecuencia de

¹ Los países de las Américas donde la enfermedad no es endémica han notificado recientemente a la OPS/OMS un promedio de 1.825 casos de malaria (importados e introducidos) al año, en su mayoría en Estados Unidos (1.414) y Canadá (385).

los estudios de la eficacia de los medicamentos, se produjo una reducción del 82% en los casos de malaria en los cuatro años siguientes. Se han observado tendencias similares en **Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú**.

59. La incidencia de tuberculosis ha estado disminuyendo en la Región de las Américas desde los años ochenta, según los datos de la OMS, y esta disminución se aceleró tras la implantación generalizada del tratamiento acortado directamente observado (DOTS) a mediados de los años noventa. Según los cálculos de la OMS, en las Américas la prevalencia de la tuberculosis se redujo de 97 casos por 100.000 habitantes en 1990 a 38 por 100.000 en el 2009 (o sea, el 60%) y el número de muertes por la tuberculosis bajó de 8 por 100.000 en 1990 a 2 por 100.000 en el 2008 (o sea, el 75%). Como en ambos casos la disminución fue superior al 50%, la Región en conjunto ya ha alcanzado la meta de haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de la tuberculosis.

60. No obstante, el progreso de los países considerados individualmente ha sido desigual. **Chile, Costa Rica y Cuba**, junto con **Canadá y Estados Unidos**, han llevado a cabo planes de eliminación de la tuberculosis que han reducido la incidencia a menos de 10 por 100.000 habitantes, alcanzando de esta forma las metas de los ODM relacionadas con la tuberculosis. En otros 14 países, la prevalencia de la tuberculosis y la mortalidad por esta enfermedad bajaron más del 50% entre 1990 y el 2009, mientras que en 10 países la disminución fue moderada. En seis países (**Antigua y Barbuda, Belice, Jamaica, Paraguay, Suriname y Trinidad y Tabago**) se observó un aumento de la incidencia o la mortalidad, o de ambos, y es poco probable que estos países alcancen la meta de los ODM para el 2015. Varios de ellos tienen epidemias concurrentes de infección por el VIH. De hecho, la coinfección por el bacilo de la tuberculosis y el VIH constituye un reto difícil de superar, junto con la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis en las poblaciones marginadas en zonas de difícil acceso. Aunque todos los países de América Latina llevan a cabo una tarea de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en las poblaciones marginadas, su acción en general es insuficiente para alcanzar la meta de la alianza Alto a la Tuberculosis de tratar el 85% de los casos como mínimo.

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Metas e indicadores del ODM 7 relacionados con el agua y el saneamiento

Meta C: Reducir a la mitad, para el 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

Indicadores:

- Proporción de la población que usa una fuente de agua mejorada
- Proporción de la población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas

61. El acceso al agua y el saneamiento, junto con la vivienda, se consideran como derechos humanos y son indispensables para alcanzar una norma básica de calidad para el medio vital de la gente, que a su vez es uno de los principales determinantes sociales de la salud.

62. La Región de las Américas ha ampliado considerablemente el acceso al agua potable y el saneamiento desde 1990 y está en condiciones de alcanzar las metas correspondientes de los ODM. La proporción de la población sin fuentes mejoradas de agua potable bajó de alrededor del 16 al 9% entre principios de los años noventa y mediados del año 2000, lo cual representa una reducción del 44% en un decenio, aproximadamente. La proporción de personas sin instalaciones de saneamiento mejoradas disminuyó del 32 al 22% durante el mismo período, lo cual representa una reducción de poco más del 30% en un período de 10 años (CEPAL). Este ritmo de progreso es más que suficiente para alcanzar la reducción del 50% necesaria para el 2015.

63. También se ha avanzado en la disminución de las disparidades del acceso entre los habitantes urbanos y rurales. El porcentaje de habitantes urbanos con acceso a fuentes de agua potable mejoradas aumentó del 95% en 1990 al 97% en el 2008, en tanto que la proporción de habitantes rurales pasó del 63 al 80%. No obstante, en el 2008 alrededor de 40 millones de personas en la Región todavía no tenían acceso a fuentes de agua potable mejoradas y unos 115 millones de personas no contaban con instalaciones de saneamiento mejoradas (OMS/UNICEF), lo cual deja margen para un progreso considerable incluso después que se alcancen los ODM.

ODM 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Meta e indicador del ODM 8 relacionados con el acceso a medicamentos

Meta E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles

Indicador:

- Proporción de la población que tiene acceso sostenible a medicamentos esenciales asequibles

Acceso a medicamentos asequibles

64. No hay muchos datos sobre el acceso a los medicamentos en la Región de las Américas, lo cual dificulta la evaluación del progreso en la consecución de los ODM en esta área. En un estudio reciente de la OPS/OMS realizado en **Guatemala, Honduras y Nicaragua** se observó que, en término medio, 80% de los hogares tenían acceso a medicamentos para problemas de salud comunes, entre ellos enfermedades crónicas y agudas y el embarazo. Los gastos en efectivo en medicamentos representaban en promedio el 58% de los gastos familiares relacionados con la salud.

65. En cuanto al gasto nacional en productos farmacéuticos, según los cálculos de la OPS/OMS basados en los datos de 21 países correspondientes al 2008, el 78% consiste en gastos en efectivo de las familias, mientras que el 22% consiste en gastos de instituciones públicas. Esta situación contrasta notablemente con las recomendaciones de la OMS sobre el financiamiento de los sistemas de salud, según las cuales los pagos directos realizados por las familias no deben exceder del 15 al 20% del total de los gastos sanitarios a fin de evitar que un número considerable de familias sufran una catástrofe económica.

66. Los principales obstáculos para ampliar el acceso a los medicamentos esenciales y productos de salud pública son la escasez de recursos, los sistemas financieros inadecuados y la capacidad insuficiente para evaluar productos, reglamentar el sector y manejar los suministros, incluidas las proyecciones, la programación y la planificación. Además, muchos países carecen de la capacidad de reglamentación necesaria para el registro rápido de medicamentos genéricos nuevos y pocos ofrecen incentivos para el desarrollo de mercados de medicamentos genéricos o promueven su uso racional. Por otro lado, la falta de transparencia en las prácticas de prescripción y dispensación a menudo lleva a los consumidores a pagar más de lo necesario para conseguir medicamentos esenciales.

67. Un área importante del progreso en el acceso a los medicamentos esenciales en América Latina y el Caribe es el uso creciente del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública y el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas para la adquisición de insumos (véase también el capítulo 2). Ambos fondos han ayudado a reducir los costos de los medicamentos y los suministros para los Estados Miembros de la OPS/OMS por medio de la cooperación técnica para la planificación y el manejo de suministros, las compras mancomunadas y la negociación de los precios directamente con los fabricantes de productos farmacéuticos.

Alianzas regionales

68. Aunque la Región de las Américas ha experimentado una disminución de la asistencia oficial para el desarrollo, ha forjado o participado en numerosas alianzas, asociaciones e iniciativas conjuntas que promueven el desarrollo equitativo y la salud. Las iniciativas regionales formadas específicamente para promover los ODM son la Alianza de Salud Neonatal para América Latina y el Caribe,² el Grupo de Trabajo

² Los miembros son la OPS/OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), ACCESS, BASICS, CORE Group, Plan USA, University Research Co./Center for Human Services (URC/CHS), Save the Children/Saving Newborn Lives, la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), la Confederación Internacional de Matronas y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).

Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna³ (GTR), la Iniciativa para una Maternidad Segura⁴ y la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo.⁵

69. Estas alianzas y otras similares de organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones activas en la Región han aumentado la visibilidad y el compromiso político, han creado sinergia y han reducido la duplicación de tareas de aquellos que trabajan para alcanzar metas similares. También han ayudado a los países de ingresos medianos y bajos de la Región, así como a los pequeños estados insulares en desarrollo, a obtener acceso a recursos de las principales fuentes de financiamiento internacionales, entre ellas la Alianza GAVI, el Fondo para el Logro de los ODM, de España, y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

³ Entre sus miembros se encuentran la OPS/OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, USAID, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Consejo de Población, Family Care International, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) y la Confederación Internacional de Matronas.

⁴ Entre sus miembros se encuentran el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR), la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Fundación La Caixa de España.

⁵ Los miembros son la OPS/OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el UNICEF, la CEPAL, el FNUAP, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS).

Capítulo II: De las metas a los resultados

Objetivo de Desarrollo del Milenio 1: Erradicar la pobreza y el hambre

70. Según se indica en el capítulo 1, más de la mitad de los países y territorios de América Latina y el Caribe parecen estar bien encaminados a nivel nacional para cumplir las metas oficiales de los ODM relacionadas con la erradicación del hambre. Sin embargo, el progreso varía entre los países y dentro de ellos. Por otro lado, la desnutrición aguda ha reaparecido como problema de salud en varios países, y se han logrado apenas reducciones leves en las carencias de micronutrientes.

71. Desde el 2006, la OPS/OMS ha prestado cooperación técnica en esta esfera en el marco de la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015* (resolución CD47.R8, 2006), la *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño* (OMS/UNICEF, 2003) y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS, 1981). En el 2010, el 50.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la *Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica* (resolución CD50.R11), con la intención de fortalecer las actividades propuestas en la estrategia regional del 2006 mediante un enfoque integrado e intersectorial que aborde los factores sociales determinantes de la desnutrición crónica e incorpore intervenciones de eficacia comprobada a la atención primaria de salud. La OPS/OMS promovió esta nueva estrategia a lo largo del 2010-2011 y brindó apoyo para su ejecución en nueve Estados Miembros: **Belice, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana.**

72. Uno de los elementos claves para la ejecución de la nueva estrategia es la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo (APND). Establecida en el 2008 por el Grupo de Directores Regionales de las Naciones Unidas (GNUM-América Latina y el Caribe), la APND facilita la cooperación interinstitucional y promueve intervenciones interprogramáticas y multisectoriales basadas en datos probatorios, para abordar las causas múltiples de la malnutrición.

Cooperación técnica en materia de nutrición en Bolivia y El Salvador

La OPS/OMS apoyó dos iniciativas importantes en temas de nutrición en el 2010-2011, las cuales representan un buen ejemplo del abordaje multisectorial e interinstitucional promovido por la APND. Ambas iniciativas fueron financiadas por el Fondo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (España) y contribuyeron al avance tanto del ODM 1 como del ODM 4.

La primera iniciativa, que se lleva a cabo en **Bolivia**, es un programa de tres años (2010-2012) que incluye nueve ministerios, 22 ayuntamientos y seis organismos de las Naciones Unidas, entre ellos la OPS/OMS. Procura crear capacidad local en materia de seguridad alimentaria y

nutricional en los departamentos de Cochabamba y Chuquisaca y refuerza el programa multisectorial del país, Desnutrición Cero. Los beneficiarios son unas 321.000 familias que viven en 360 comunidades.

El programa colabora con organizaciones comunitarias, grupos de mujeres, estudiantes y maestros, auxiliares voluntarios de salud, personal sanitario y autoridades locales, en la ejecución de intervenciones centradas en la educación sanitaria para las embarazadas, promoción de la alimentación complementaria para los lactantes y atención integrada de las enfermedades de la niñez para niños menores de 5 años (estrategia AIEPI). También comprende medidas para aumentar la autosuficiencia alimentaria y mejorar el suministro de agua y el saneamiento.

Desde su lanzamiento en el 2010, el programa ha capacitado a casi 1.000 mujeres líderes en las mejores prácticas para la salud, la nutrición y la inocuidad de los alimentos y a unos 730 agentes comunitarios de salud en las 10 prácticas clave de la estrategia AIEPI familiar y comunitaria relacionadas con la nutrición. Los agentes comunitarios de salud imparten educación sobre salud y nutrición a unas 11.000 familias; también se ocupan de vigilar su salud y su estado nutricional y remiten a los que necesiten atención a los establecimientos de salud adecuados.

El programa también ha capacitado a 600 maestros de la escuela primaria en temas de salud y nutrición y comprende un componente sobre “escuelas saludables” que moviliza a estudiantes y maestros para que promuevan el consumo de agua potable en las escuelas. Estas actividades, unidas a la vigilancia del suministro de agua por las unidades departamentales de saneamiento ambiental, tienen como finalidad reducir la incidencia de las enfermedades diarreicas.

La segunda iniciativa, que está en marcha en **El Salvador**, brinda apoyo a la ejecución de una nueva política nacional sobre alimentos y seguridad nutricional que comprende la introducción del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN). En el 2010-2011, la OPS/OMS colaboró con el programa a nivel nacional en la actualización de los datos sobre la situación alimentaria y nutricional en **El Salvador** y prestó cooperación técnica para la fortificación de los alimentos con micronutrientes (vitamina A, hierro, ácido fólico y complejo B).

Además, la Organización apoyó al Foro Regional Permanente de Oriente de Seguridad Alimentaria y Nutricional (FOROSAN), cuyos miembros comprenden el Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA), el Centro Nacional de Tecnología Agropecuaria (CENTA), la Universidad del Oriente (UNIVO), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Fundación INTERVIDA.

A nivel municipal, se ha dado apoyo a las mesas de planificación interinstitucional presididas por alcaldes e integradas por representantes del ministerio de salud, de escuelas locales, ONG e iglesias. Para facilitar la planificación y el análisis conjuntos por las mesas, la OPS/OMS participó en la elaboración de un estudio de comparación acerca de la prevalencia de la desnutrición general, crónica y aguda, y de la anemia en niños y niñas menores de 5 años de edad, en los tres municipios.

La OPS/OMS también ayudó a capacitar y a dotar de insumos a 14 nuevos equipos comunitarios de salud familiar, que se ocupan cada uno de la vigilancia de la salud de unas 600 familias y de prestarles servicios de atención primaria; otros tres equipos están a cargo de la atención más

especializada en pediatría, ginecología, psicología y cirugía.

El CONASAN coordina estas actividades que están respaldadas por varios organismos de **El Salvador**, como los ministerios de salud, educación y agricultura; la Secretaría de Inclusión Social, la Secretaría Técnica de la Presidencia, UNIVO y otras organizaciones de las Naciones Unidas, entre ellos el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

73. Con la finalidad de promover en otros países de la Región el enfoque preconizado por la APND, la OPS/OMS organizó reuniones con autoridades gubernamentales del sector de la salud y de otros sectores, con organizaciones de la sociedad civil y varias organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en países como **Argentina, Bolivia, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú**.

74. La OPS participó también en otras iniciativas sobre los alimentos y la seguridad nutricional y la desnutrición en niños. Entre estas se cuentan la fortificación de los alimentos y la administración de suplementos en 11 países (**Belice, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú y República Dominicana**), la creación de una base de datos nacional acerca de los niños que sufrían de desnutrición aguda en **Guatemala** y una encuesta nacional de las poblaciones destinatarias en **Nicaragua**.

75. El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) preparó y promovió un nuevo protocolo regional para la detección, la prevención y el tratamiento de la anemia en las clínicas de salud materna e infantil en el Caribe. En él se tienen en cuenta la alta prevalencia de la anemia en algunos países de la subregión, así como los programas en curso, la investigación reciente, además de las recomendaciones internacionales sobre la anemia en embarazadas y niños pequeños, en el entorno clínico de la salud materna e infantil. El protocolo subraya la importancia del tamizaje, la administración de suplementos y el consumo de alimentos ricos en hierro y fortificados, así como las medidas pertinentes de salud pública, como el control de los parásitos maláricos y de otro tipo. Abarca procedimientos para el diagnóstico y la evaluación, la detección, la prevención y el tratamiento de la anemia en diversas etapas de la vida, en especial en los períodos de vulnerabilidad como el embarazo, el posparto, el primer año de vida, y la primera infancia.

76. En **Cuba**, la OPS asignó particular importancia al fortalecimiento de la vigilancia, prevención y atención de las embarazadas y los niños menores de 5 años que tienen anemia; por otro lado, participó en la elaboración del componente de vigilancia nutricional de la anemia para los observatorios de salud materna e infantil del país. En **Bolivia**, la Organización apoyó un programa para detectar y tratar la anemia en embarazadas, en recién nacidos amamantados, niños menores de 5 años y niños en edad

escolar. También se prestó cooperación técnica para incorporar la prevención de la anemia en el programa de atención obstétrica gratuita en **Haití**.

77. Varias de las actividades emprendidas tenían la finalidad de impulsar el ODM 1 en el marco de la iniciativa Rostros, Voces y Lugares. En el medio rural del **Brasil**, por ejemplo, ayudó a revitalizar la Asociación de Productores de Olinda-Amparo y a ejecutar un programa para cultivar plantas medicinales. La iniciativa Rostros, Voces y Lugares también colaboró con el programa Salud en la Escuela por medio de evaluaciones nutricionales y orientación para niños y adolescentes de 20 escuelas.

78. En la región de El Chaco de **Argentina, Bolivia y Paraguay**, la iniciativa brindó apoyo a la capacitación para pequeños agricultores y productores pecuarios; organizó a las mujeres productoras de hortalizas, pan y artesanías; y promovió los huertos en las escuelas para mejorar la nutrición del niño.

79. En **Cuba**, el Instituto de Medicina Veterinaria y varias autoridades locales llevaron a la práctica una estrategia de “municipios productivos” destinada al mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional. La estrategia, que se adoptó en forma experimental en cuatro distritos municipales, brinda apoyo a las familias que participan en la producción agropecuaria y comprende un nuevo modelo para prestar atención veterinaria.

Subvenciones pequeñas que impulsan el ODM 1 en el Caribe

El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), el centro técnico de la OPS/OMS en **Jamaica**, ha establecido un programa de subvenciones pequeñas que impulsan la seguridad alimentaria y nutricional al reducir la pobreza en los miembros de grupos vulnerables. Reconoce los vínculos entre la pobreza, la nutrición y la salud y faculta a las personas de bajos ingresos para que, mediante actividades productivas, superen las condiciones que conducen a la pobreza y la perpetúan.

En el 2010, el programa otorgó subvenciones de US\$ 10.000 a US\$ 12.000 a seis grupos comunitarios en **Saint Kitts y Nevis** para patrocinar proyectos generadores de ingresos que benefician, en particular, a los antiguos trabajadores de la industria azucarera desplazados en el 2005, luego del cierre de dicha industria en el país. Entre los proyectos se encontraba una plantación de maní, de cerca de 36 hectáreas, criadores de gallinas y de conejos, una agroprocesadora pequeña y un fondo rotatorio para la compra de equipo nuevo para la pesca sostenible que reemplazaría el equipo de pesca anticuado.

Además de otorgar las subvenciones, el programa imparte capacitación y presta asistencia técnica, facilita los arreglos de afiliación y los fondos de inversiones colectivas, y promueve tanto la formación de redes como el intercambio de información entre los beneficiarios.

80. Otras actividades de cooperación técnica relacionadas con la nutrición fueron las evaluaciones hechas por el CFNI de los programas escolares de alimentación en **Jamaica, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago**, y la asistencia técnica para elaborar y publicar manuales de servicios de alimentos y menús cíclicos para las escuelas. Además, la Organización participó en la promoción de la lactancia materna, de los “hospitales amigos del lactante” y de los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS, actividades que se describen con más detalle en el ODM 4, que figura más adelante.

ODM 3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer

81. El género sigue siendo un factor social determinante clave en la Región de las Américas, no solo de desigualdad socioeconómica sino también del estado de salud y sus perspectivas. El trabajo de la OPS/OMS en esta esfera tiene por objeto acrecentar la igualdad de género en materia de salud como un asunto de justicia social, pero también aborda las diferencias entre las necesidades y los riesgos en materia de salud de hombres y mujeres, niños y niñas a objeto de mejorar la cobertura, la eficacia, la eficiencia y la repercusión de las intervenciones de salud.

82. El marco para la cooperación técnica en este ámbito está formado por la *Política de igualdad de género (2005)*, adoptada por el Consejo Directivo de la OPS mediante la resolución CD46.R16 (2005), y el *Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género* (documento CD49.13) (2009). Estos documentos orientan la cooperación técnica de la OPS/OMS en sus Estados Miembros, así como la gestión de sus propios recursos humanos, la planificación estratégica, el seguimiento y la evaluación.

83. La Organización brindó apoyo a la formulación y la puesta en práctica de planes de igualdad de género en **Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Suriname**. Se firmaron cartas de acuerdo con el Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA) y el Consejo de los Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) para incorporar el género en el Sistema de Integración Centroamericana (SICA).

84. En la zona andina, un proceso participativo para definir los indicadores clave en materia de género y salud culminó en una propuesta para incluirlos como parte de los indicadores sociales utilizados en la Comunidad Andina.

85. En **Nicaragua**, la Organización colaboró con el diseño y la ejecución inicial de un proyecto acerca del género y las enfermedades crónicas que aborda las barreras legales y sociales a la participación de las niñas en los deportes y la actividad física, a fin de mejorar su bienestar y disminuir los riesgos de obesidad y enfermedad crónica.

86. En otro proyecto de cooperación técnica en esta esfera, se aplicaron las directrices de género e igualdad para examinar una propuesta presentada al Fondo Mundial por la RedTransSex, una red sudamericana de profesionales del sexo; también se preparó una propuesta y una guía para entrevistas a fin de estudiar aspectos relacionados con el género de la tuberculosis multirresistente en **Perú**.

87. La Organización colaboró con varias publicaciones sobre la materia que se lanzaron en el 2010-2011, entre ellas *Perfil de género y salud de la subregión andina-2010*, *Perfil de género y salud de la República de Panamá*, *La salud de las mujeres y los hombres en Centroamérica y la República Dominicana* y un folleto estadístico sobre género, salud y desarrollo en **Costa Rica**. Además, la Organización publicó un nuevo curso virtual de género y salud en el que se hace hincapié en los derechos humanos y la diversidad cultural, y que puede consultarse en el Campus Virtual de Salud Pública.

88. En marzo del 2011, con motivo de la celebración del Día Internacional de la Mujer, la OPS/OMS entregó los premios a los ganadores del IV concurso anual “Buenas prácticas que incorporan la perspectiva de igualdad de género en materia de salud”, centradas en la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH. Los ganadores de este año fueron una iniciativa argentina que promueve la salud sexual y reproductiva y la prevención de la infección por el VIH en adolescentes de zonas marginales, y una iniciativa de **Trinidad y Tabago** que ofrece orientación y tratamiento para parejas en las que solo uno de sus miembros es positivo a la infección por el VIH.

89. Como parte de su programa de Género, Diversidad y Derechos Humanos, la Organización también promovió la salud y los derechos humanos de los pueblos indígenas. Este trabajo comprendió el apoyo técnico al Plan Andino de Salud Intercultural de los pueblos indígenas y el Plan Andino de Salud Intercultural de personas de ascendencia africana, así como un proyecto de cooperación técnica entre **Colombia** y **Brasil** para promover la salud de los pueblos romaní.

90. En coordinación con el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, de la CEPAL (CELADE) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la OPS/OMS colaboró con expertos en asuntos de los indígenas y los afrodescendientes de los ministerios de salud y la sociedad civil, a fin de elaborar una primera versión de una recomendación para que se incluya la identificación étnica y racial en las estadísticas sanitarias, sobre la base de experiencias en la Región de las Américas.

91. En mayo del 2011, la Organización presidió el Grupo de Apoyo Interinstitucional de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas en la 10.^a sesión del Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas, que tuvo lugar en Nueva York, y colaboró en la organización de una actividad paralela sobre enfermedades no transmisibles en las comunidades indígenas.

92. Se publicó también un nuevo CD y una guía acerca de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y la Convención 169 de la OIT, para organizaciones de la sociedad civil, gobiernos, organismos de las Naciones Unidas y otros interesados directos.

ODM 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

93. Como se señaló en el capítulo 1, América Latina y el Caribe tienen la tasa de mortalidad infantil más baja de cualquier región en desarrollo, además de la tasa más acelerada de reducción en este indicador, desde 1990. Pero, si bien es cierto que la Región en su conjunto está bien encaminada para cumplir el ODM 4, el progreso ha sido desigual entre los países y dentro de ellos. La cooperación técnica en este ámbito se concentró en consolidar los avances que ya se habían alcanzado y en acelerar el progreso en los países y grupos de población que se están quedando a la zaga.

94. Gran parte del trabajo en esta esfera tiene como finalidad reducir la mortalidad neonatal, es decir, las defunciones en los 28 primeros días de vida, que actualmente representan cerca de 60% de la mortalidad de niños menores de 1 año en la Región. La *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño* (documento CD48/7), aprobados en el 2008 por el 48.º Consejo Directivo de la OPS, abordan la atención en todo el ciclo de vida, es decir, adolescencia, preconcepción, embarazo, parto y niñez, no solo en los dispensarios y hospitales sino también en el hogar y la comunidad.

95. Un aspecto primordial de la estrategia es la atención prestada durante las horas críticas después del parto, cuando la supervivencia de un recién nacido depende en gran medida de personas capacitadas para atender tanto a la madre como al niño. El plan de acción subraya varias intervenciones bien conocidas y eficaces en función de los costos, entre ellas la estrategia AIEPI, además de las inversiones para fortalecer los sistemas de salud, asignando prioridad a la capacitación y la incorporación de profesionales de la salud, en especial, médicos, parteras y enfermeras.

96. Sobre la base de la estrategia regional, la cooperación técnica a los Estados Miembros procura formular y ejecutar planes de salud neonatal. En **Brasil, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú** y la **República Dominicana**, la Organización contribuyó a incorporar las normas y procedimientos para la atención de salud maternoinfantil en intervenciones neonatales basadas en datos probatorios. En **Guyana**, ayudó a impartir un curso sobre la “Atención esencial del recién nacido” y elaboró un programa de estudios de enfermería neonatal como parte del proyecto del hospital de atracción (Magnet Hospital).

97. Se adoptó un método recomendado por la OMS para la elaboración de perfiles neonatales y de salud del niño en seis países: **Ecuador, Guatemala, Honduras,**

Nicaragua, Panamá y República Dominicana. Los perfiles utilizaron datos desglosados por zona geográfica (departamentos o provincias y municipios) para contar con un punto de comparación destinado a vigilar el avance de los ODM, y poder planificar y asignar prioridades a las actividades y las inversiones orientadas a la reducción de la mortalidad neonatal, de lactantes, de niños y materna, a los niveles subnacional y local.

98. Se elaboró un módulo regional de capacitación en materia de vigilancia, supervisión y evaluación de la salud neonatal en hospitales y otros establecimientos de salud; actualmente, seis países utilizan el instrumento para mejorar los servicios neonatales: **Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.**

Mejoramiento de la calidad de los datos para los indicadores de los ODM

La OPS/OMS prestó cooperación técnica en el 2010-2011 para ayudar a los Estados Miembros a mejorar la calidad y lo oportuno de los datos que recaban para vigilar el progreso hacia el cumplimiento de los ODM.

Esta actividad ha asignado una importancia particular a la actualización de los datos de series temporales sobre la mortalidad materna e infantil dentro de los Indicadores Básicos regionales, que incluyen datos de los 48 países y territorios de las Américas. Hasta mediados del 2011, la mayoría de los países habían actualizado sus datos de la serie de tiempo para los indicadores de los ODM 4 y 5.

El CLAP/SMR ha utilizado estos datos para determinar cuáles son las mujeres y los niños vulnerables y para ejecutar intervenciones especiales para impulsar los ODM 4 y 5. A fin de darle una difusión más amplia a los datos, se creó un espacio virtual dentro del Observatorio Regional de Salud, donde los visitantes pueden formular sus comentarios acerca de los indicadores de los ODM e intercambiar métodos analíticos.

La Oficina de la Coordinación de Programas en el Caribe Oriental (ECC), situada en Barbados, patrocinó un taller en el que funcionarios de salud de **Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, las Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Granada, Montserrat, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Saint Kitts y Nevis** examinaron sus propios datos de series temporales para los ODM 4, 5 y 6 y aprendieron cómo evaluar en forma crítica la calidad de la información sanitaria. Como resultado del taller, nueve países participantes —**Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Montserrat, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Saint Kitts y Nevis**— han llevado a cabo evaluaciones de sus sistemas de información sanitaria por medio de herramientas de la Red de Sanimetría (Red Métrica de Salud) y el método PRISM (Gestión del desempeño de los sistemas rutinarios de información).

99. A nivel regional, la Organización fortaleció la coordinación con otros organismos que trabajaban en la esfera de la salud del niño mediante reuniones mensuales de la Alianza de salud del recién nacido de América Latina y el Caribe, cuyos miembros también comprenden el UNICEF, la AID, Save the Children, Plan International, el Grupo CORE, la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), la Federación

Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).

100. Con la finalidad de mejorar la coordinación de las iniciativas en pro de la salud del niño entre diferentes organismos internacionales, instituciones académicas y ONG que trabajan en el mismo país, la Organización ayudó a crear “alianzas nacionales interinstitucionales” por la salud del niño en seis países: **Bolivia, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Perú y República Dominicana**. Se ha previsto que para finales del 2011 se establezcan alianzas similares en otros seis países, a saber: **Colombia, Ecuador, Guyana, Honduras, Panamá y Paraguay**.

La alianza AIEPI en Guatemala

Guatemala es uno de los doce países donde se forjaron alianzas interinstitucionales para mejorar la salud y la supervivencia del niño. El marco para el trabajo de la alianza es la estrategia AIEPI. La Organización y otros miembros de la alianza —entre otros, el Ministerio de Salud Pública, el UNICEF, Save the Children, OIT, la AID y la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días— colaboraron con algunas actividades en el período 2010-2011 cuando se adoptó la estrategia AIEPI en el sistema de salud pública de **Guatemala**.

Los aportes de la OPS/OMS en esta esfera fueron: apoyo para la formulación de una estrategia y plan nacional sobre salud neonatal, capacitación para personal sanitario y gerentes, adquisición de equipo médico pediátrico y adaptación de las directrices y los manuales de la AIEPI al contexto guatemalteco. Estas últimas actividades comprendían intervenciones neonatales basadas en datos probatorios, vigilancia del desarrollo del niño en la primera infancia, protocolos para prevención y tratamiento del maltrato de menores y la AIEPI en los contextos de enfermería, nutrición, gripe pandémica y atención de la infección por el VIH.

101. Un aspecto importante de la cooperación técnica relacionada con la AIEPI ha sido la vigilancia del desarrollo del niño en la primera infancia como parte de la atención primaria de salud regular. La OPS/OMS creó un instrumento regional genérico que se está utilizando en ocho países: **Argentina, Brasil, Chile, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana**.

102. La Organización también promovió la incorporación de la AIEPI en los programas de estudios de pediatría en las escuelas de medicina, y se hizo hincapié en los estudiantes que cursaban el último año de la carrera, ya que, por lo general, se les exige que trabajen por varios meses en comunidades rurales o vulnerables. Por lo menos nueve países estaban utilizando la AIEPI en la educación médica: **Argentina, Brasil, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Uruguay**.

103. De igual manera, el contenido de la AIEPI se incorporó en los programas de estudios de enfermería en 10 países: **Argentina, Chile, Cuba, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay.**

104. Además, se difundieron herramientas de educación a distancia para permitirles a los países capacitar a una cantidad mayor de personal de salud en materia de intervenciones basadas en datos probatorios.

105. Las actividades emprendidas en la esfera de la nutrición también contribuyeron al mejoramiento de la salud del niño, en especial, la promoción de los Patrones de crecimiento infantil de la OMS y la introducción de la medición de la talla en varios países que hasta entonces no habían utilizado este indicador. **Colombia, Ecuador, Haití, Honduras, Nicaragua y Suriname** se encontraban entre los países cuyos sistemas de salud habían adoptado y aplicado las nuevas normas.

106. La promoción de la lactancia materna se preconizó como la intervención que por sí sola es la más eficaz para mejorar la supervivencia infantil. Este apoyo se extendió a los “hospitales amigos del lactante” —es decir, los hospitales que promueven métodos compatibles con la lactancia materna óptima— en **Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Panamá, Paraguay y República Dominicana.**

107. Además, la Organización brindó apoyo para el establecimiento y la promoción de los bancos de leche materna en varios países como **Costa Rica, Cuba, Nicaragua y República Dominicana**, además de **Guatemala**, país en el que se crearon nuevos bancos de leche humana en hospitales situados en zonas con tasas elevadas de desnutrición aguda. La OPS/OMS también participó en la vigilancia del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en **Ecuador, Panamá y Perú**, y publicó un documento relativo a la aplicación del Código en los últimos 30 años en los países latinoamericanos, que comprende un resumen de las medidas legislativas importantes que se han aprobado, así como la situación actual con respecto al Código en cada país.

108. Un aspecto esencial de la cooperación técnica en relación con el ODM 4 ha sido el trabajo de seguimiento y vigilancia de las enfermedades y de la mortalidad de niños. Entre los ejemplos se encuentran apoyo a la auditoría de la mortalidad infantil a nivel subnacional en **Costa Rica**, formación de capacidad para la vigilancia del cólera y otras enfermedades diarreicas en las **Bahamas** y un sistema para el seguimiento continuo de la salud de los niños en las guarderías, escuelas de preescolar y primarias en **Montserrat.**

Vacunación

109. La colaboración continua de la Organización con las actividades de vacunación en sus Estados Miembros es fundamental para lograr mejores resultados en la disminución

de la mortalidad infantil. En el 2011, la Semana de Vacunación en las Américas celebró su noveno aniversario, con la participación de 43 países y territorios del continente americano y se llegó a 41 millones de niños y adultos con las vacunas contra las enfermedades comunes de la niñez, así como otras enfermedades infecciosas.

110. Como resultado de las iniciativas mundiales de extensión, en ese año se celebraron simultáneamente semanas paralelas de vacunación en otras cuatro regiones, además de las Américas: Europa, el Mediterráneo Oriental, África y el Pacífico Occidental, con un total de más de 180 países y territorios que participaron en las actividades programadas con motivo de la semana de vacunación. Para mediados del 2011, estaba en marcha la planificación de una semana mundial de vacunación propuesta para el 2012, que coincidiría con el 10.º aniversario de la Semana de Vacunación en las Américas.

111. Las actividades de vacunación recibieron un apoyo considerable por conducto del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas, la Iniciativa ProVac, y la capacitación impartida y la ayuda técnica prestada para todos los aspectos de la inmunización, desde las compras y el mantenimiento de la cadena de frío hasta la vigilancia y la determinación de las poblaciones destinatarias prioritarias.

112. En **Colombia**, por ejemplo, la Organización ha participado desde el 2002 en un examen de la cobertura de vacunación por cohortes y ha ayudado a calcular la acumulación de poblaciones vulnerables. Con base en ese examen, **Colombia** llevó a cabo una campaña de inmunización en el 2010 dirigida a todos los niños de 1 a 8 años — más de 6 millones de niños— con las vacunas antisarampionosa y antirrubéolica.

113. De la misma manera, las actividades en las **Bahamas** y en las **Islas Turcas y Caicos** comprendieron capacitación del personal de vacunación, asesoramiento técnico y orientación para los comités nacionales de vigilancia, además del apoyo logístico para la compra y el despacho de las vacunas.

114. El apoyo del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas fue fundamental para las iniciativas de vacunación emprendidas en los países. En el 2010 y la primera mitad del 2011, el Fondo hizo compras por US\$ 723 millones en vacunas, jeringas e insumos para la cadena de frío en nombre de 40 países y territorios, a saber: **Anguila, Antigua, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia, Brasil, Islas Caimán, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Maarten, San Vicente, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.**

115. La Iniciativa ProVac, financiada por la Fundación Bill y Melinda Gates, siguió ayudando a los países a recabar y analizar datos probatorios para la toma de decisiones acerca de la introducción de las vacunas nuevas. ProVac llevó a cabo actividades en **Argentina, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Nicaragua y Paraguay**. Entre esas actividades se encontraban la promoción de la toma de decisiones basada en datos probatorios para la introducción de las vacunas; la capacitación de equipos nacionales multidisciplinarios en materia de recopilación de datos y análisis económico, y orientación para planificar la introducción eficaz de las vacunas nuevas cuando las pruebas científicas la justificaban.

116. ProVac también apoyó las actividades de sus seis centros de Excelencia, que funcionan en instituciones académicas en **Argentina, Brasil, Colombia y México**. Su trabajo consistía en crear herramientas y métodos para ayudar a los países a que efectúen análisis económicos de nivel nacional, no solo para la introducción de las vacunas nuevas sino para la formulación de la política de inmunización más amplia.

117. La OPS/OMS siguió su estrecha colaboración con la Alianza GAVI, que aporta el financiamiento para las vacunas en países prioritarios. En el 2010-2011, la GAVI financió las vacunas antirrotavíricas para **Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua** y las vacunas antineumocócicas para **Guyana, Honduras y Nicaragua**. Por su parte, la OPS/OMS impuso una moratoria de un año en el 2010 a la compra de la vacuna antineumocócica 10-valente (PCV10) para respaldar el Compromiso Anticipado de Mercado de la GAVI (AMC) para las vacunas antineumocócicas, que busca acelerar el acceso a estas vacunas por los países que forman parte de la alianza GAVI.

118. Como resultado de estas iniciativas, 13 países y territorios introdujeron nuevas vacunas para niños en sus programas de vacunación en el 2010-2011. La vacuna antirrotavírica se introdujo en **Guatemala, Guyana y Paraguay**, y la vacuna antineumocócica conjugada (PCV7) en **Aruba, Brasil, Chile, Colombia, Curazao, Ecuador, El Salvador, Guyana, Honduras, Nicaragua y Panamá**. Además, **Perú** introdujo la vacuna contra el papilomavirus humano (PVH), a principios del 2011.

Nuevo plan de vacunación en Haití

Se brindó apoyo sustancial al Ministerio de Salud Pública y Población de **Haití** para la elaboración de un nuevo plan destinado a vacunar, para el 2015, a por lo menos 90% de los menores de un año contra la mayoría de las enfermedades de la niñez prevalentes en el país. Este plan se elaboró para reestablecer y ampliar la vacunación regular en **Haití**, que fue interrumpida por el terremoto del 2010.

El plan procura aumentar la cobertura de vacunación de 60 a 90% de los niños menores de 1 año; mantener a **Haití** libre de la poliomielitis, el sarampión y la rubéola; eliminar el tétanos materno y neonatal para el 2015; introducir las vacunas antirrotavíricas y antineumocócicas

nuevas y la vacuna pentavalente contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, la hepatitis B y *Haemophilus influenzae tipo b* (Hib); y mejorar la vigilancia de la vacunación para la detección temprana de los brotes prevenibles mediante la vacunación.

En mayo del 2011, las autoridades sanitarias haitianas presentaron el nuevo plan a un grupo de asociados internacionales convocados por la OPS/OMS, que han expresado interés en prestar su apoyo, el cual comprende desde el respaldo financiero hasta la capacitación de los trabajadores de salud. Los asociados son el UNICEF, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), la Alianza GAVI, el Proyecto Hope, la AID, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, el Ministerio de Salud del Brasil, la Academia Estadounidense de Pediatría, el Children's Hospital de Denver, Colorado, el Maimonides Medical Center de Brooklyn, Nueva York, el Departamento de Salud de Minnesota y el Centro Médico de la Universidad de Chicago, Illinois.

Se celebraron varias reuniones y teleconferencias con la participación de expertos internacionales en materia de inmunización para analizar la factibilidad de la vacunación contra el cólera en **Haití**. La Organización transmitió las recomendaciones provisionales del grupo al Ministerio de Salud Pública y Población de Haití a principios del 2011 y siguió coordinando los debates entre miembros del grupo hasta mediados del 2011.

119. El proceso de comprobar la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) de la Región —que son etapas importantes del avance hacia el cumplimiento del ODM 4— siguió en este período. El último caso endémico de sarampión en la Región se notificó en el 2002 y el último caso de rubéola en el 2009. Los países de la Región han establecido la meta de comprobación de la eliminación de estas enfermedades para finales del 2012.

120. En el transcurso del 2010, la Organización convocó la primera reunión de un comité internacional de expertos para supervisar el proceso de comprobación y luego apoyó a las comisiones de comprobación a nivel nacional, mediante la recopilación y el análisis de los datos sobre estas enfermedades en sus propios países. En marzo del 2011, los presidentes de las comisiones de nivel nacional se reunieron con los miembros del comité internacional de expertos para considerar lo que se había hecho hasta el presente en materia de comprobación y lo que queda por hacer para finalizar la tarea.

121. En junio del 2011, se celebró una reunión de un grupo de trabajo especial para evaluar la situación de la parotiditis en el continente americano y para formular propuestas destinadas a mejorar las estrategias de control y respuesta basadas en las experiencias de los países. Las recomendaciones del grupo se ratificaron en la 19.^a reunión del Grupo Consultivo Técnico (GCT) sobre las Enfermedades Prevenibles por Vacunación, celebrada en Buenos Aires en julio del 2011.

122. La Organización también brindó apoyo a la aplicación de estrategias eficaces y oportunas para abordar los rumores y eventos supuestamente atribuibles a la vacunación

y la inmunización (ESAVI), con el objetivo de mantener la confianza del público en los programas de vacunación.

123. La cooperación técnica en esta esfera también comprendió el apoyo a las iniciativas emprendidas por los países para crear o mejorar los registros nominales de vacunación electrónicos a nivel nacional. Un taller celebrado en Bogotá (**Colombia**) en febrero del 2011 reunió a expertos de más de 20 países y a representantes de los organismos asociados, entre otros el UNICEF, PATH, los CDC, el Sustainable Sciences Institute y el Latin American Open Source Health Informatics Group. Uno de los resultados fue la creación de una comunidad de práctica, mediante la cual los participantes en el taller y otros expertos en esta materia pueden compartir y analizar problemas, enseñanzas extraídas y mejores prácticas.

ODM 5. Mejorar la salud materna

124. Como se señala en el capítulo 1, la mortalidad materna descendió en alrededor de 40% desde 1990 al 2008 en la Región considerada en conjunto, pero no todos los países compartieron esos logros, y los indicadores actuales varían enormemente entre los diferentes países. Se trabajó con los países en forma ininterrumpida para mejorar la salud materna en el marco de la *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas* (resolución CSP26.R13), aprobada en el 2008, la *Estrategia regional para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes* (resolución CD48.R5) y la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño* (documento CD48/7), aprobadas en el 2008.

125. Un complemento importante al marco regional fue el lanzamiento, en el 2010, de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, un llamamiento a los países de la Región de las Américas para intensificar sus esfuerzos en pos del cumplimiento del ODM 5. Además, en el transcurso del 2010-2011, la OPS/OMS y su centro técnico especializado en esta materia, el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), elaboró el nuevo *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*, para ser sometido a la consideración del 51.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2011.

126. La Iniciativa para una Maternidad Segura —que también cuenta con el apoyo del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna⁶ (GTR), de la

⁶ Actualmente el GTR, bajo el secretariado del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), está integrado por la OPS/OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de las Naciones Unidas para las Mujeres (UNIFEM), la Oficina de las Naciones Unidas para Servicios de Proyectos (UNOPS), la UNESCO, la CEPAL, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), Family Care International, el Consejo de Población, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y su rama

OEA y de La Caixa Foundation— fue el elemento fundamental de las actividades de concientización para el ODM 5 en el período 2010-2011. La finalidad de la iniciativa es movilizar la voluntad política para impulsar a los países a que aceleren la reducción de la mortalidad materna. Se hace hincapié en el acceso universal a servicios integrales de salud reproductiva; en las mejoras en la calidad de la asistencia prenatal, del parto y el posparto; en las medidas para reducir los abortos en condiciones peligrosas y las enfermedades maternas graves; en las mejoras en los sistemas de información; en el empoderamiento de las mujeres; y en la participación de los padres y los hombres, así como de las comunidades en la protección y la promoción de la salud materna.

127. Después del lanzamiento regional en el 50.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2010, la Iniciativa para una Maternidad Segura se lanzó a nivel nacional en 15 países: **Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Suriname y Uruguay.** **México y Paraguay** han previsto que el lanzamiento de la iniciativa tenga lugar a finales del 2011.

128. Una exposición especial de fotografías del periodista y fotógrafo español Bru Rovira, patrocinada por La Caixa Foundation se presentó en Washington, D.C., y durante el lanzamiento de la iniciativa en **Argentina, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Suriname.** Además, en el 2011 se organizaron dos concursos, uno para ilustrar los derechos de las madres y los recién nacidos de las Américas al logro del nivel más alto posible de salud y el otro para reconocer las mejores prácticas destinadas a reducir la mortalidad materna.

129. A nivel de país, la cooperación técnica abarcó desde protocolos y capacitación en atención obstétrica, apoyo a la vigilancia, la reorientación de los servicios de salud y la promoción de los derechos de los usuarios hasta la atención de salud sexual y reproductiva integral y de alta calidad.

130. Un eje central de interés fue ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorarlos dentro del proceso continuo de la atención, desde antes del embarazo y a lo largo del parto y el posparto.

131. En **Colombia**, ginecólogos, médicos generales y enfermeras recibieron capacitación en atención integral de las embarazadas y se asignó particular importancia a la hemorragia obstétrica, los trastornos hipertensivos y la septicemia, que representan de 60 a 70% de las enfermedades y las defunciones maternas. Entre el 2009 y mediados del

latinoamericana FLASOG y la Confederación Internacional de Matronas (CIM). Los miembros asociados son ACNUR, PNUD, OIT, PNUMA, ONUSIDA, OCHA, FAO, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) y el Banco Mundial. Los miembros y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) aportan el financiamiento.

2011, en los talleres se había impartido capacitación a unos 400 participantes de establecimientos de salud que necesitaban mejorar la calidad de sus servicios.

132. El Ministerio de Salud de **Argentina** ejecutó un plan estratégico nacional para reducir la mortalidad materna y de la niñez; además, formuló una estrategia para regionalizar los servicios de salud perinatales, que posteriormente se llevó a la práctica en la provincia de Buenos Aires. Asimismo, en **Costa Rica**, el Ministerio de Salud fortaleció la planificación a nivel regional y local en la zona sur del país, para mejorar la supervivencia de los menores de 5 años y de las madres.

133. En **Ecuador**, la Organización siguió brindando apoyo a la puesta en práctica del Plan Nacional de Reducción Acelerada de las Mortalidad Materna y Neonatal, iniciado en el 2008 con el FNUAP y asociados no gubernamentales. El plan subraya la importancia del acceso con conocimiento de causa a los métodos anticonceptivos, en particular para prevenir los embarazos de adolescentes; la organización de redes intra e interinstitucionales de prestación de cuidados obstétricos y neonatales esenciales; la vigilancia epidemiológica; el mejoramiento de la calidad de la atención; y mecanismos para aumentar la demanda de servicios por medio de métodos basados en los derechos y la equidad.

Redes integradas de prestación de servicios de salud

Una iniciativa transversal importante para impulsar los ODM y mejorar la equidad en materia de salud en los Estados Miembros es la denominada Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en la atención primaria de salud. Las redes abordan la fragmentación de los servicios de salud en muchos países, que crea ineficiencias costosas y tiene efectos negativos sobre la salud de los pacientes. La iniciativa promueve servicios de salud equitativos, integrales, integrados y continuos prestados por conducto de redes de organizaciones que están dispuestas a rendir cuentas de los resultados clínicos y económicos, así como del estado de salud de las poblaciones que atienden.

Se formularon nuevas directrices para brindar apoyo a la ejecución de la iniciativa RISS en seis áreas: orientaciones generales para la ejecución, gobernanza, sistemas de información, formación de recursos humanos, mecanismos de coordinación clínica y fortalecimiento del primer nivel de la atención.

A nivel de país, la Organización apoyó a las RISS en **Brasil, Chile, Colombia, Panamá, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela**. En **Colombia**, los ministerios de salud y protección social movilizaron un consorcio de 13 universidades para llevar a cabo una iniciativa nacional para el desarrollo de los recursos humanos en atención primaria de salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud. La finalidad de la iniciativa, lanzada en junio del 2011, es la de impartir educación y capacitación en los principios, los valores y las prácticas de la atención primaria de salud y las redes integradas de servicios de salud a los estudiantes de medicina y de salud pública, y a los profesionales de salud en ejercicio.

134. **El Salvador** lanzó el Plan Nacional Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, las guías actualizadas sobre planificación de la familia y la atención dentro del ciclo de vida, y formuló una política de salud sexual y reproductiva. Como parte de estas actividades, la OPS/OMS se asoció con el ministerio de salud y las organizaciones Enfants du Monde y Concertación Educativa de El Salvador para la aplicación de la estrategia para el Empoderamiento de las Mujeres, Individuos, Familias y Comunidades (MIFC), que promueve las capacidades de individuos y comunidades conducentes a una mayor demanda de servicios de salud de mejor calidad.

135. **Venezuela** inició la formulación y puesta en práctica de un nuevo Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, lo que comprende la utilización de protocolos actualizados para la atención obstétrica y neonatal corriente o de urgencia, equipos y capacitación de los recursos humanos.

136. El Ministerio de Salud de **Chile** examinó los programas de salud materna e infantil ejecutados en el decenio anterior y las propuestas estratégicas formuladas en este ámbito para su inclusión en el Plan Nacional de Salud 2011-2020.

137. En **Cuba**, las actividades se centraron en el mejoramiento de la calidad de la atención en el embarazo, el parto y el posparto mediante la capacitación de los proveedores de servicios de salud y en ayudar en la formulación y adaptación de directrices y métodos para la atención de salud. Estas actividades contribuyeron al fortalecimiento de la red cubana de “hogares maternos” y a su transformación en “hogares maternos infantiles”. La Organización también brindó apoyo para la vacunación contra la gripe pandémica por H1N1 de las embarazadas y los niños en riesgo, mediante un plan de movilización, capacitación de recursos humanos, una campaña de comunicación social, además de un estudio epidemiológico para evaluar la inocuidad y la eficacia de la vacuna en embarazadas.

138. En **Guyana**, la Organización contribuyó con la ejecución de un proyecto financiado por la OMS, la Comunidad Europea y el Grupo de Estados de África, el Caribe y el Pacífico (ACP), para reducir los riesgos del embarazo. Las actividades en el 2010-2011 comprendieron la capacitación de 60 profesionales de salud en la atención de urgencias obstétricas y neonatales y en el método ALARM (tratamiento del parto y riesgos) para atender los embarazos de riesgo y el trabajo de parto asociado con ellos, en colaboración con la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos del **Canadá**. También se impartió capacitación en reanimación neonatal (“Ayudar a los recién nacidos a respirar”) a parteras y otros profesionales sanitarios en colaboración con la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días. **Guyana** también recibió apoyo para la formulación de planes nacionales estratégicos de salud materna, neonatal, del niño, de los adolescentes y de los jóvenes para el período 2011-2015.

139. En la **República Dominicana**, la Organización se asoció con el Ministerio de Salud, el Despacho de la Primera Dama, el Colegio Médico Dominicano y el CLAP/SMR para celebrar, en Santo Domingo, en enero del 2011, el primer Simposio Dominicano e Internacional sobre Humanización en la Atención Materno Infantil. Unos 600 participantes asistieron al simposio, entre ellos, autoridades sanitarias, profesores de las facultades de medicina y otros académicos, representantes de asociaciones médicas y científicas nacionales y proveedores privados de servicios de salud. El simposio mejoró el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y contribuyó al logro del consenso entre diferentes actores acerca de la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de atención de salud.

140. Además, se prestó cooperación técnica a la **República Dominicana** para realizar una encuesta nacional sobre las percepciones que tienen las mujeres de los servicios de salud obstétrica y neonatal en el sector público; las preguntas procuraban evaluar los conocimientos de las mujeres acerca de sus derechos sexuales y reproductivos y el grado de vulneración de esos derechos en los servicios de maternidad. Los resultados se utilizarán en la formulación de una nueva estrategia para crear conciencia en materia de igualdad de género y respeto de los derechos de las mujeres.

Atención obstétrica gratuita en Haití

El programa de atención obstétrica gratuita de **Haití** es una iniciativa pionera para reducir la mortalidad materna al ofrecerles a todas las embarazadas acceso gratuito a servicios de salud de calidad. La segunda fase del programa empezó en julio del 2010 con un aumento en el número de establecimientos de salud participantes que pasó de 42 a 63, y una ampliación del conjunto mínimo de servicios de salud para incluir atención obstétrica de urgencia, servicios neonatales, prevención de la transmisión vertical del VIH, y prevención y atención de los casos de violencia por razones de género. Gracias al programa, más de 60.000 embarazadas y sus recién nacidos tuvieron acceso en el período 2010-2011, a atención de salud prestada por personal capacitado.

La OPS/OMS ayudó en la movilización de US\$ 9 millones para llevar a la práctica el programa de atención obstétrica gratuita, aportados por la ACIDI, el Banco Mundial y la Unión Europea. En septiembre del 2010, los donantes se comprometieron a suministrar otros US\$ 20 millones para ayudar a integrar la atención obstétrica gratuita en el proyecto de atención infantil gratuita de **Haití** en los próximos dos años.

141. Se emprendieron actividades especiales a fin de mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva mediante un enfoque que subraya los derechos de la mujer y los jóvenes al acceso a servicios integrales y de calidad, que abarquen servicios de planificación de la familia.

142. En **Ecuador**, la Organización ayudó a elaborar una nueva Estrategia Nacional Intersectorial para la Planificación de la Familia (ENIPLA), cuyos objetivos son facilitar

el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, además de brindar orientación y servicios basados en las normas constitucionales. La estrategia se elaboró con el apoyo del FNUAP y con la colaboración del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, organizaciones científicas y no gubernamentales y grupos de la sociedad civil.

143. En **Argentina**, el UNICEF, el FNUAP y la OPS/OMS se asociaron para dar apoyo técnico y financiero a un observatorio nuevo sobre salud sexual y reproductiva, que va a generar información y conocimientos sobre la promoción de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. Los miembros del observatorio comprenden el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), el Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) y la Academia Nacional de Medicina.

144. En **Honduras**, se organizó una mesa técnica interinstitucional sobre salud sexual y reproductiva para concebir un programa común y armonizar las actividades de los diferentes organismos internacionales que trabajaban en estos temas. También ayudó a actualizar las normas y los procedimientos del Ministerio de Salud relacionados con la planificación de la familia, la menopausia y la infertilidad; la atención materna y neonatal dentro del proceso continuo de la atención, y la atención posaborto. Conjuntamente con la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras, se prepararon protocolos para tratar las complicaciones obstétricas y se promovieron debates acerca de la atención posaborto.

145. A petición de **Argentina, Honduras y Perú**, el equipo de derechos humanos de la Organización presentó opiniones técnicas a los tribunales nacionales acerca del derecho a los anticonceptivos orales de emergencia como estrategia para reducir la mortalidad materna.

146. En **Venezuela**, se ejecutaron políticas y estrategias relativas a la salud de los adolescentes, que comprendían normas acerca de la prestación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a los métodos anticonceptivos. Asimismo, en **Ecuador** se formularon normas nuevas para la prestación de servicios integrales de salud a los adolescentes para que esos servicios sean “más amistosos” para las adolescentes. Estas actividades formaron parte de la puesta en práctica del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes y las financió la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

147. Gracias a una asociación con la Universidad Católica de Chile, se impartió capacitación a distancia sobre salud de los adolescentes —en especial, acerca del embarazo de adolescentes— a profesionales de salud de **Chile** y otros países latinoamericanos.

148. En **Suriname**, la cooperación se centró en la introducción del Plan de acción conjunto de salud de la mujer y el niño en el Ministerio de Salud y su incorporación en el programa de salud familiar y comunitaria. La OPS también brindó apoyo a la introducción de la herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar, elaborada por la OMS, mediante capacitación y una ejecución piloto; además, se preparó una propuesta de proyecto de los ODM sobre la salud materna para **Suriname**, en su calidad de miembro del ACP.

149. La Organización participó en las iniciativas de varios países para reducir la mortalidad materna en las comunidades autóctonas. Esta participación abarcó apoyo técnico y financiero a los proyectos comunitarios de salud materna en Machachi y Latacunga (**Ecuador**) y en Wiwili, Jinotega, (**Nicaragua**). En **Argentina** se organizaron varios talleres sobre salud sexual y reproductiva conjuntamente con la Red de Comunicación Indígena, una organización autóctona de mujeres; mientras que una asociación con el FNUAP ayudó a remodelar los hogares maternos para mujeres amerindias de **Guyana**.

150. Los sistemas de vigilancia e información son otros de los centros de atención importantes para impulsar el ODM 5. En el período 2010-2011, el CLAP/SMR prestó cooperación técnica para fortalecer la vigilancia de la mortalidad materna en varios países, entre otros, **Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras y México**. En **Honduras y México**, la cooperación abarcó capacitación y consultas con el personal responsable de la información sanitaria y la vigilancia, para facilitar la búsqueda activa de casos de defunción de madres y niños menores de 5 años y mejorar el análisis de los datos.

151. La Organización también prestó apoyo a la implantación del Sistema Informático Perinatal (SIP) del CLAP/SMR, un programa informático que recopila información sobre las embarazadas y los recién nacidos en los servicios de salud, evalúa los resultados de la atención que reciben y ayuda a determinar problemas comunes y ámbitos prioritarios para mejorar la atención. En el período en consideración, el SIP se implantó o se fortaleció en **El Salvador, Guyana, Honduras y la República Dominicana**. En la **República Dominicana**, el CLAP/SMR y la AID ayudaron a reactivar el sistema en los hospitales públicos de maternidad.

152. El CLAP/SMR también contribuyó a la creación de una nueva Red Centroamericana de Sistemas Informáticos Perinatales (donde participa también la **República Dominicana**) y brindó apoyo a la formulación de un proyecto similar de la cooperación técnica entre países que abarcó a **El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá**.

153. El Ministerio de Protección Social de **Colombia**, conjuntamente con el CLAP/SMR y los CDC, implantó un sistema de vigilancia ubicado en la web para la

mortalidad materna, que se había iniciado en el 2008. A mediados del 2011, el sistema se había validado en 40 establecimientos y programas de salud tanto departamentales como municipales. El sistema ha suministrado información completa y oportuna sobre las causas y los factores de riesgo de la mortalidad materna y ha ayudado a los funcionarios de salud a que determinen las intervenciones necesarias para evitar las defunciones maternas.

154. **Venezuela** actualizó los sistemas de información de mortalidad materna, elaboró nuevos métodos para mejorar la calidad de los datos y promovió el uso de las herramientas de la Red de Sanimetría (Red Métrica de Salud).

155. Además, el Centro de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva se asoció en el 2010-2011 con la CEPAL, en su calidad de miembro del Grupo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, con el objeto de elaborar una guía para los equipos de salud sobre cómo interpretar y utilizar la información existente sobre la mortalidad materna, en especial, los cálculos de la OMS, datos de artículos publicados en revistas sometidas a arbitraje editorial, y datos oficiales notificados por los ministerios de salud de la Región. La AID está aportando fondos para el proyecto.

ODM 6: Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades

156. Según se indica en el capítulo 1, las infecciones nuevas por el VIH en América Latina y el Caribe han empezado a estabilizarse, aunque la prevalencia sigue siendo alta en el Caribe, donde es de 1% de los adultos. Es improbable que la Región de las Américas en conjunto cumpla el ODM de detener y controlar la propagación de la infección por el VIH en el 2015. Sin embargo, la mayoría de los países de la Región siguen logrando avances constantes en la promoción de la prevención de la infección por el VIH, y en el mejoramiento y la ampliación del tratamiento y la atención.

157. Los marcos clave para la cooperación técnica en esta esfera son la *Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/sida* (documento CD45.11), el *Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015)* (resolución CD46.R15) y la *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita* (documento CD50/15), del 2010. Dentro de estos marcos, la Organización apoyó las actividades destinadas a mejorar los servicios de salud para las personas infectadas por el VIH, a aumentar el número de pruebas y la asistencia, ampliar el acceso al tratamiento con antirretrovíricos, vigilar y prevenir la farmacoresistencia a los antirretrovíricos, fortalecer la vigilancia y promover la prevención, en particular entre los grupos vulnerables y de alto riesgo. La OPS/OMS prestó cooperación técnica en estas esferas a nivel regional, del país y la comunidad, en estrecha coordinación con los ministerios de salud y otros asociados.

158. Gran parte del trabajo relacionado con la infección por el VIH en el período considerado se llevó a cabo conjuntamente con otros organismos de las Naciones Unidas y con organizaciones internacionales. Entre los ejemplos de estos trabajos conjuntos se encuentra la colaboración con el FNUAP en materia de prevención y atención de salud para las profesionales del sexo y con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en cuestiones de educación sexual integral y promoción de la salud sexual. El ONUSIDA colaboró con la coordinación de todas estas actividades y facilitó la cooperación interinstitucional para avanzar hacia el logro del acceso universal al tratamiento con antirretrovíricos.

159. Un acontecimiento importante en el 2010 fue la puesta en marcha de la *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita*, aprobada por el 50.º el Consejo Directivo de la OPS. En ella se procura eliminar la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y de la sífilis como problema de salud pública en el continente americano para el 2015, mediante intervenciones de prevención y de control en los entornos de atención de salud prenatal, sexual y reproductiva; mejoramiento de los servicios de salud; mayor colaboración con otros organismos, sectores y con la comunidad; mejoramiento de la recopilación y el análisis de datos, y de la investigación.

160. Después de la aprobación de esta estrategia, el apoyo técnico se centró en poner en práctica sus disposiciones, conjuntamente con el UNICEF y en coordinación con otros organismos, como el ONUSIDA, los CDC, la Asociación Pancaribeña contra el VIH y el Sida (PANCAP), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (FIPF), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial.

161. Como parte de este trabajo, se formularon estrategias nacionales y se aplicaron en varios países, entre ellos, **Colombia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Panamá y Venezuela**. En **Panamá**, por ejemplo, la OPS/OMS se asoció con el UNICEF y la Comisión Interinstitucional para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis para formular y ejecutar un plan centrado en el aumento del tamizaje de la infección por el VIH para embarazadas y mejor seguimiento de los casos detectados, además de mejoras en la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información, y actividades de prevención, en especial, la comunicación para el cambio del comportamiento.

162. En **Colombia**, la Organización se asoció con el Ministerio de Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) para elaborar un plan nacional similar. Estos asociados colaboraron luego con instituciones privadas y de salud pública en Barranquilla, Bogotá, Cali, y Medellín para mejorar la calidad de la asistencia prenatal, aumentar la detección y mejorar la notificación de la infección por el VIH y la sífilis gestacional y congénita, y

clasificar adecuadamente las etapas de la sífilis para facilitar el tratamiento oportuno y apropiado.

163. Se brindó apoyo a la aplicación de estrategias nacionales similares en **Guatemala, Nicaragua y Venezuela** mediante capacitación, además de la formulación y difusión de directrices y protocolos para el tratamiento y la prevención de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y la sífilis.

164. Entre las iniciativas relacionadas con la infección por el VIH, una de las más importantes fue una serie de evaluaciones de las capacidades de los sistemas de salud para prestar atención sexual y reproductiva integral, en especial, la prevención de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en jóvenes. Para las evaluaciones se adoptó un método participativo, con el personal del ministerio de salud asignado a los programas contra la infección por el VIH, el personal responsable de la planificación y la administración de los servicios de salud y representantes de los organismos asociados, como el ONUSIDA y del Plan de Emergencia para el Alivio del SIDA (PEPFAR), una iniciativa del Presidente de los **Estados Unidos**.

165. Se hicieron evaluaciones en **Jamaica, Paraguay y Trinidad y Tabago**, con el objeto de detectar las brechas en la cobertura del tratamiento con antirretrovíricos, evaluar la rentabilidad de las intervenciones y su sostenibilidad, a fin de formular recomendaciones que se utilizarían en la planificación estratégica y operativa. En términos generales, los resultados de las evaluaciones reforzaron la premisa de que las iniciativas para abordar los problemas prioritarios de salud (métodos “verticales”) deben ir de la mano con las iniciativas destinadas a fortalecer los sistemas de salud.

166. Varias actividades de capacitación ayudaron a mejorar los servicios para las personas infectadas por el VIH. Entre ellas se encontraban la capacitación en orientación y pruebas voluntarias, educación de los compañeros y mercadeo social de los condones, en las **Islas Turcas y Caicos**; mientras que en **Guyana** se impartió capacitación a 141 profesionales de salud en la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos (AIEA) y se organizó un taller regional para capacitar a personas infectadas por el VIH para que se convirtieran en “pacientes expertos instructores”.

167. La Organización también creó o utilizó varios instrumentos nuevos de capacitación para la formación de capacidad relacionada con la infección por el VIH. Una de dichas herramientas, concebida para mejorar las aptitudes y los métodos utilizados por el personal sanitario que atiende a hombres que tienen relaciones homosexuales, se utilizó en talleres en **Guatemala, México y Perú** y en la frontera entre **México** y los **Estados Unidos** en el 2010; se ha previsto realizar talleres similares en Centroamérica, la zona andina, el Cono Sur y **Puerto Rico** en el transcurso del 2011. Una herramienta nueva para la capacitación de compañeras de las profesionales del sexo en materia de

prevención de la infección por el VIH, las ITS y la violencia se utilizó por primera vez en un taller celebrado en mayo del 2011 para participantes de todos los países de Centroamérica.

168. Otra cooperación técnica relacionada con la infección por el VIH se dirigió a los grupos vulnerables, en particular a los jóvenes, y a grupos de alto riesgo que siguen siendo el centro de la epidemia de infección por el VIH en la Región, entre ellos los hombres que tienen relaciones homosexuales y otras personas sexualmente diversas y las profesionales del sexo. En **Argentina**, el ONUSIDA, el FNUAP, el PNUD y la OPS/OMS trabajaron en cinco hospitales para mejorar el acceso a las pruebas, la orientación y la atención integral a los hombres que tienen relaciones homosexuales y a las personas transgénero. Iniciativas similares en **Venezuela** se dedicaron a identificar las vulnerabilidades de estos grupos a la infección por el VIH, a promover sus derechos humanos y a mejorar la calidad de los servicios que reciben. En **Honduras**, la Organización patrocinó un proyecto que capacitó y facultó a comunicadores jóvenes para promover la prevención entre sus pares utilizando vehículos conocidos como los “VIH-PREVÉMOVIL”.

169. La zona de Arica-Parinacota de **Chile** tiene las tasas de incidencia y prevalencia de infección por el VIH más altas del país. Varios organismos de las Naciones Unidas se asociaron para analizar la situación de la infección por el VIH en la región y realizar estudios de seroprevalencia en hombres que tienen relaciones homosexuales y en profesionales del sexo, además de brindar apoyo a la vigilancia de la infección por el VIH/sida de segunda generación y promover la cooperación relacionada con este problema entre Arica y Tacna, a través de la frontera en el **Perú**.

170. En **Bahamas y Honduras**, la Organización colaboró con la capacitación en liderazgo y la concientización de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero, haciendo hincapié en una perspectiva de derechos humanos. También se dio apoyo a la formación de capacidad en materia de derechos humanos con relación a la infección por el VIH, salud sexual y reproductiva, salud mental, los indígenas, y los jóvenes en **Barbados, Bolivia, El Salvador, Guatemala, México, Panamá y Trinidad y Tabago**.

171. En **Guatemala**, se prestó cooperación técnica al Congreso Nacional para reformar las leyes relacionadas con la infección por el VIH.

172. Un aspecto importante de la cooperación técnica relacionada con la infección por el VIH fue el de mejorar y ampliar el acceso al tratamiento con antirretrovíricos para las personas que lo necesitan. Este trabajo incluía la formulación de normas y pautas de tratamiento en **El Salvador, Guyana y Haití**, además de apoyo técnico y capacitación para organizar y poner en funcionamiento 32 centros para dispensar el tratamiento antirretrovírico en **Nicaragua**. En **Honduras**, la Organización se asoció con Aidstar One

(proyecto mundial de la AID sobre la infección por el VIH/SIDA) a fin de organizar una consulta nacional acerca del mejoramiento de la cobertura y las pruebas para detectar la infección por el VIH.

173. El apoyo fundamental para la ampliación de la cobertura de tratamiento antirretrovírico provino del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, conocido como el Fondo Estratégico de la OPS (véase también el ODM 8, más adelante). Entre junio del 2010 y junio del 2011, nueve países adquirieron medicamentos antirretrovíricos por un monto de US\$ 16,1 millones por conducto del Fondo, es decir tratamientos suficientes para aproximadamente 30.000 pacientes. Gracias a la capacidad del Fondo para mancomunar la demanda y negociar con los fabricantes, los países participantes pagaron el precio reducido de US\$ 178 por las combinaciones del tratamiento de primera línea y US\$ 621 por las combinaciones de segunda línea (AZT+3TC+Lop/r). Dos países —**Ecuador** y **Paraguay**— adquirieron tratamientos antirretrovíricos de tercera línea por conducto del Fondo en este período.

174. También fue esencial en estas actividades el apoyo a la vigilancia de la farmacorresistencia a los antirretrovíricos en países como **Guyana, Honduras, Nicaragua** y **Venezuela**. Este apoyo contribuyó a que **Guyana** se convirtiera en el primer país de América Latina y el Caribe en establecer la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH basada en las directrices de la OMS.

175. En **Argentina, Bahamas, Guyana, Nicaragua, Suriname, Islas Turcas y Caicos** y **Venezuela** la OPS/OMS prestó cooperación técnica para mejorar la vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH, las ITS y otras enfermedades infecciosas. En **Nicaragua**, este trabajo abarcó mejoras en la notificación de la infección por el VIH y la sífilis congénita y gestacional en los establecimientos de salud para corregir los casos de notificación insuficiente. El país también mejoró los datos de vigilancia de la infección por el VIH mediante el desglose por sexo, edad y grupo de población vulnerable (embarazadas, adolescentes y personas sexualmente diversas).

176. En **Argentina**, la Organización se asoció con UNICEF para auspiciar un estudio sobre la prevalencia de la infección por el VIH y la sífilis en las embarazadas que aportó un punto de comparación para vigilar las iniciativas de eliminación en el marco regional.

177. Se llevaron a cabo varios proyectos de investigación relacionados con la infección por el VIH, entre ellos un análisis de la repercusión del acoso homofóbico en la búsqueda del riesgo y la salud en hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales (o presuntamente las tienen) con hombres y un estudio de mujeres que se habían infectado recientemente con el VIH; los resultados de las investigaciones se utilizarán para formular nuevas estrategias de prevención.

178. A nivel de país, la Organización patrocinó un estudio en **Venezuela** acerca de la situación del acceso a la terapia antirretrovírica en niños infectados con el VIH; en **Bahamas** se hizo una investigación acerca de los conocimientos, las actitudes, las prácticas y las creencias relativas a la infección por el VIH, entre jóvenes de 15 a 17 años de edad, cuyos resultados servirán de base para la formulación de políticas y la elaboración de programas. Además, la Organización convocó una reunión de expertos en salud pública para examinar los datos probatorios acerca de las infecciones transmitidas por la sangre y las de transmisión sexual entre consumidores de drogas en América Latina y el Caribe.

179. Por último, el CFNI en **Jamaica** promovió la nutrición como un aspecto importante de la atención y el tratamiento de la infección por el VIH mediante un algoritmo especial que refleja los conocimientos actuales de los efectos de la nutrición sobre el sistema inmunitario y sobre el cumplimiento por los pacientes del tratamiento recetado. El algoritmo se adaptó para el Caribe y se incorporó en los conjuntos especiales de herramientas que utilizan los trabajadores de salud. Este trabajo brinda apoyo al cambio que se está efectuando en la Región, para pasar de la atención vertical para las personas infectadas por el VIH a un modelo más descentralizado, utilizado comúnmente en el tratamiento de otras enfermedades crónicas.

Malaria

180. Como se menciona en el capítulo I, la incidencia de malaria ha descendido durante el último decenio en 18 de 21 países americanos con endemicidad, y en nueve de ellos la disminución fue de más de 75%, con lo cual se cumplió la meta del ODM 6. No obstante, alrededor de 17 millones de personas en la Región siguen viviendo en zonas de alto riesgo.

181. La Organización siguió apoyando los esfuerzos de los países para prevenir y controlar esta enfermedad en el marco del Plan Estratégico Regional para la Malaria en las Américas 2006-2010, y también elaboró la nueva Estrategia y Plan de Acción para la Malaria que se presentará al 51.º Consejo Directivo en septiembre del 2011.

182. Los esfuerzos en esta esfera se centran en el control integrado de vectores, el diagnóstico y tratamiento, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la formación de capacidad en materia de vigilancia y detección temprana de brotes tanto en zonas de alto riesgo como en zonas donde el riesgo ha disminuido. La Organización se asoció con la AID para apoyar el trabajo de la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos y la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía (RAVREDA-AMI) en **Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela**.

183. En **Brasil**, la cooperación técnica incluyó el apoyo a las mejoras en la vigilancia de la resistencia a los antimaláricos, el acceso y uso de medicamentos antimaláricos, la

calidad de los medicamentos, la calidad del diagnóstico y el acceso a este, los estudios entomológicos y el control integral de vectores, la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información. Entre las actividades desarrolladas cabe mencionar la introducción de los mosquiteros tratados con insecticida en los estados de Amazonas y Acre, el apoyo para la adquisición de medicamentos antimaláricos y la implantación de mecanismos de control de calidad de estos medicamentos, conjuntamente con el Programa Nacional contra la Malaria y la Universidad Federal de Minas Gerais. Gran parte de este trabajo se llevó a cabo en colaboración con la AID, los CDC, la Fundación de Medicina Tropical del Amazonas y el Instituto Evandro Chagas.

184. En **Ecuador**, la Organización apoyó las actividades relacionadas con la RAVREDA, entre ellas la vigilancia de la resistencia a los medicamentos antimaláricos y los insecticidas, las normas para el uso de mosquiteros y las directrices terapéuticas actualizadas, así como el mantenimiento del sistema de información acerca de la malaria a fin de ofrecer los datos necesarios para controlar la enfermedad y mantener la prevalencia baja ya lograda.

185. En **Jamaica**, se prestó apoyo para preparar la política y el plan de acción nacionales para el control integrado de vectores de la malaria y para realizar estudios piloto en Kingston y Portmore a fin de averiguar la manera como los residuos sólidos y las aguas residuales parcialmente tratadas contribuyen a que aparezcan criaderos de mosquitos. Tras los estudios se promovió el control integrado de vectores al nivel local. Además, la Organización preparó un documento de exposición de conceptos sobre la reducción al mínimo del uso de plaguicidas que afectan al entorno y a la salud, y los métodos biológicos alternativos que utilizan plantas con propiedades repelentes y plaguicidas. El documento se presentó al Ministerio de Salud y se envió al Fondo de Salud Ambiental, que está considerando la posibilidad de financiar un proyecto piloto conexas.

186. **Guyana** mejoró la capacidad de las autoridades sanitarias regionales de controlar los brotes mediante la capacitación de los microscopistas y los jefes de los “minilaboratorios” de malaria para vigilar la resistencia a los medicamentos antimaláricos y el establecimiento de dos centros centinela para vigilar la calidad de los medicamentos. También se elaboró un nuevo manual de operaciones para la gestión de los medicamentos y suministros antimaláricos.

187. En **Haití**, continuó el apoyo al Programa Nacional contra la Malaria y la puesta en práctica del Plan Nacional para el Control de la Malaria de 2008. La Organización adquirió los medicamentos antimaláricos y suministros para el programa, en particular 20.000 mosquiteros impregnados de insecticida para los hospitales en las zonas afectadas por la enfermedad. También se apoyó al Laboratorio Nacional de Salud Pública para mejorar la vigilancia epidemiológica, entomológica y parasitológica.

188. **Honduras** implantó un sistema de información y vigilancia de la malaria y llevó a cabo un estudio sobre la gestión y disponibilidad de los medicamentos antimaláricos en los sectores público y privado. En la región de Mosquitia, la Organización apoyó la ejecución de un plan para el control integral de la malaria en el municipio de Wampusirpi, Gracias a Dios, por medio de una encuesta de salud, diagnóstico y tratamiento masivos, distribución de mosquiteros tratados con insecticida, educación de las familias y análisis entomológico.

189. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) siguió vigilando los informes sobre la malaria de sus 23 países y territorios miembros. Solo cuatro países notificaron casos autóctonos durante 2010-2011; 95% de los casos ocurrieron en **Guyana**. El CAREC también vigiló la fiebre indiferenciada, que se emplea como un indicativo de infecciones como la malaria, el dengue y la leptospirosis, y emitió alertas cuando el número notificado de casos sobrepasó la cifra prevista. Además, impartió capacitación en materia de investigación de brotes, patrocinó un taller sobre análisis de datos para el personal de laboratorio de ocho países y territorios, y organizó una reunión de los epidemiólogos y los directores de laboratorio nacionales para analizar la notificación de datos y otros temas de vigilancia y laboratorio relacionados con la malaria.

190. En los países del Caribe donde la enfermedad no es endémica, incluidas las **Bahamas** y las **Islas Turcas y Caicos**, la OPS/OMS brindó apoyo al mantenimiento de la capacidad de vigilancia, la adquisición de estuches para la prueba de diagnóstico rápido y medicamentos, y la formación de capacidad en el control de vectores y la respuesta correspondiente.

191. En el 2010 se celebró el cuarto concurso anual “Campeones de las Américas contra el Paludismo”, y los ganadores fueron entidades de **Suriname, Brasil y Colombia**. El primer lugar lo obtuvo el Consejo Nacional de la Malaria de **Suriname**, que supervisa las actividades que prácticamente han eliminado la enfermedad de la mayor parte del país. El segundo lugar correspondió a la Fundación para la Vigilancia de la Salud en la Amazonia por sus esfuerzos en la prevención y el control integrado de la malaria en el estado de Amazonas. El tercer lugar lo ocupó el Departamento Administrativo de Salud Pública y Seguridad Social del Chocó (DASALUD-Chocó), en **Colombia**, cuya labor ha ayudado a reducir en más de la mitad la incidencia de malaria en dicho departamento. Los ganadores recibieron un reconocimiento con motivo de la celebración del Día del Paludismo en las Américas.

Tuberculosis

192. Como se puso de relieve en el capítulo 1, en conjunto la Región de las Américas ha empezado a detener la propagación de la tuberculosis, pero el progreso de los distintos países ha sido desigual. La cooperación técnica en esta área se prestó en el marco de la *Estrategia regional para el control de la tuberculosis para 2005-2015* (resolución

CD46.R12), que procura impulsar el cumplimiento del ODM 6 aplicando el programa Alto a la Tuberculosis de la OMS. La estrategia recalca la ampliación del tratamiento acortado directamente observado (DOTS), las medidas para abordar la farmacorresistencia y la coordinación de los esfuerzos para abordar las coinfecciones por el bacilo de la tuberculosis y el VIH.

193. La cooperación técnica en esta área se centró en lograr el acceso universal de los pacientes tuberculosos e infectados por el VIH a los medicamentos antirretrovíricos y el tratamiento preventivo, el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio mediante la introducción de pruebas de diagnóstico rápido para la tuberculosis farmacorresistente, y las mejoras en la colaboración interprogramática y comunitaria para abordar los determinantes sociales de la tuberculosis, en particular en poblaciones pobres y marginadas. Otro apoyo consistió en la promoción de las estrategias de comunicación y movilización social para abordar el estigma y la discriminación de los enfermos tuberculosos y acrecentar la sensibilidad del público y la conciencia política sobre la importancia de combatir esta enfermedad.

194. En **Brasil**, la OPS/OMS se asoció con la AID para prestar apoyo al programa nacional contra la tuberculosis, lo que incluyó fortalecer la capacidad operativa, poner en práctica las recomendaciones de una evaluación efectuada en el 2009 con apoyo de la OPS/OMS y ampliar la estrategia Alto a la Tuberculosis en 12 municipios de Rio de Janeiro y en Manaus, en el estado de Amazonas. La Organización también brindó apoyo a la promoción de la causa y las actividades de movilización social de la Alianza Brasileña Alto a la Tuberculosis, ayudó a ejecutar un programa de educación a distancia sobre la tuberculosis para personal de salud en los niveles estatal y municipal y llevó a cabo un estudio de prevalencia de la tuberculosis en enfermos diabéticos de los estados de São Paulo y Bahía.

195. Los esfuerzos de **Ecuador** en esta esfera consistieron en el desarrollo de un nuevo proyecto para fortalecer el control de la tuberculosis, haciendo hincapié en zonas de alta prevalencia, y un plan para proporcionar cupones mensuales a los pacientes con tuberculosis multirresistente a fin de reducir el número de enfermos que dejaban de tomar los medicamentos. Ecuador también revisó y mejoró su sistema de información sobre la tuberculosis y fortaleció la reglamentación de la venta de medicamentos antituberculosos. Además, la OPS/OMS apoyó el trabajo de una misión técnica de la Universidad de Massachusetts con la finalidad de evaluar la red ecuatoriana de laboratorios de análisis clínicos y formular recomendaciones para la cooperación técnica futura en este rubro.

196. Las evaluaciones externas de los programas antituberculosos existentes en **Costa Rica** y **Colombia** dieron lugar a recomendaciones para el fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos y las acciones colaborativas entre los programas contra la tuberculosis y contra la infección por el VIH, y para mejorar el manejo de la tuberculosis de la niñez, la ejecución de la estrategia DOTS y el seguimiento de casos.

197. La cooperación técnica prestada al programa nacional contra la tuberculosis de **El Salvador** ayudó al Ministerio de Salud a presentar una propuesta que se aprobó en la novena ronda del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

198. En **Haití**, la Organización brindó apoyo a la reconstrucción de un sanatorio para enfermos tuberculosos que se dañó en el terremoto del 2010 y ayudó a capacitar a su personal en las directrices nuevas de la OMS para el tratamiento de la enfermedad. Se prestó apoyo adicional al programa nacional contra la tuberculosis mediante una alianza con los CDC, la AID, Family Health International, el Hospital para Niños Grace, el GHESKIO y Partners in Health.

199. **México** elaboró, produjo y distribuyó a todo el país la *Guía para la atención de personas con tuberculosis resistente a fármacos* para ayudar a estandarizar la asistencia de estos pacientes. La Secretaría de Salud de **Honduras** implantó un sistema nacional para la información y vigilancia de la tuberculosis multirresistente, con datos sobre sexo y edad y desglosados por persona y localidad.

200. En **Nicaragua**, la Organización prestó cooperación técnica y apoyo relacionados con la tuberculosis al Ministerio de Salud conjuntamente con el profesorado médico de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Gobernación, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y el Cuerpo Médico Militar del Ejército. Las actividades específicas fueron el apoyo técnico y financiero a la confección y ejecución de un nuevo protocolo para la tuberculosis multirresistente y el financiamiento de las propuestas al Fondo Mundial.

201. Se prestó cooperación técnica para mejorar la coordinación de las actividades contra la tuberculosis y la infección por el VIH a varios países. **Guyana** desplegó un nuevo programa de AIEA y fortaleció la ejecución de la estrategia DOTS para mejorar la atención de las personas infectadas por el VIH y con tuberculosis. **Venezuela** elaboró planes estratégicos para abordar la coinfección por el bacilo de la tuberculosis y el VIH mediante una mejor vigilancia, una mayor coordinación y la actuación conjunta de los programas contra cada una de estas enfermedades a los niveles nacional y regional, y la aplicación de intervenciones para controlar dicha coinfección en las prisiones. En **Nicaragua**, la OPS/OMS monitoreó las actividades colaborativas encaminadas a prevenir la coinfección.

202. En **Suriname**, se prestó apoyo al laboratorio nacional recién establecido proporcionándole equipo y capacitación, y facilitando los intercambios con otros países de la Región y la CARICOM. Por su parte, el CAREC siguió apoyando las actividades de vigilancia de la tuberculosis en **Suriname** y otros Estados Miembros y facilitó la recopilación estandarizada de datos por los países para su presentación a la iniciativa Alto a la tuberculosis de la OMS.

203. En la frontera entre **México** y los **Estados Unidos**, la Organización elaboró una guía de la comunidad para el tratamiento y la prevención de la tuberculosis y la infección por el VIH en la zona fronteriza y elaboró un informe técnico sobre la tuberculosis y los factores sociales determinantes de la salud en los estados fronterizos de Tamaulipas, Texas, Coahuila, Chihuahua, Nuevo México, Sonora, Arizona, California y Baja California. El estudio examinó las tasas de tuberculosis y tuberculosis multirresistente en 44 condados estadounidenses y 80 municipios mexicanos e incluyó un análisis comparativo de la tuberculosis en 16 “ciudades hermanas”. El informe se presentó en el Día Mundial contra la Tuberculosis del 2011.

Enfermedades desatendidas

204. Además de su apoyo a las actividades para combatir la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria, la Organización ayudó a impulsar el cumplimiento del ODM 6 mediante la cooperación técnica en materia de enfermedades desatendidas, que siguen afectando a las comunidades vulnerables en toda América. El marco para este trabajo incluye el Plan Mundial de Lucha contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas, 2008-2015 y el documento de la OPS *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza* (documento CD49/9). Durante el 2010-2011, las actividades de la OPS/OMS en esta esfera comprendieron desde la abogacía y el logro del consenso hasta el apoyo para la vigilancia y algunos estudios de prevalencia.

205. En el 2010, se ultimó la *Estrategia y plan de acción para la prevención, el control, y la atención de la enfermedad de Chagas* y posteriormente fue aprobado por el 50.º Consejo Directivo de la OPS (resolución CD50.R17). La estrategia recomienda aplicar un método integrado para la prevención y el control y proporcionar una mejor atención médica a estos enfermos. También requiere redoblar los esfuerzos para eliminar la transmisión por el vector del parásito, *Trypanosoma cruzi*, para el 2015 mediante una colaboración interprogramática y una acción intersectorial que aborden los factores sociales determinantes de las enfermedades.

206. Conjuntamente con el Instituto de Vacunas Sabin, el BID y la Red Mundial de Enfermedades Tropicales Desatendidas, en el 2011 la OPS/OMS publicó el informe *Un Llamado a la Acción: Hacer frente a los helmintos transmitidos por contacto con el suelo en Latino América y el Caribe*, firmado por los jefes de las cuatro organizaciones. Se detalla ahí el gran tributo en salud y económico que las helmintiasis intestinales implican para las poblaciones en riesgo, en particular los niños, y se formulan recomendaciones para la acción y las políticas necesarias para impulsar la eliminación de estas enfermedades como un problema de salud pública para el 2015. Las recomendaciones incluyen crear una coalición contra los parásitos intestinales en las Américas, involucrar a las primeras damas como propugnadoras de la desparasitación y apoyar un nuevo fondo fiduciario para las enfermedades tropicales desatendidas. Con los asociados mencionados y el apoyo de la Fundación Bill y Melinda Gates, la OPS/OMS siguió trabajando en la

creación del fondo fiduciario, que movilizaría proyectos y recursos para controlar las parasitosis intestinales y otras enfermedades desatendidas.

207. La Organización ayudó a elaborar planes integrados para el control de las enfermedades desatendidas en **Colombia, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras y República Dominicana**. La cooperación técnica incluyó el apoyo a **Colombia** para eliminar el tracoma y la oncocercosis y para controlar las geohelmintiasis; a **Haití**, para eliminar la filariasis linfática y controlar las geohelmintiasis durante la fase de reconstrucción después del terremoto; y a **Guyana**, para ejecutar la estrategia de medicación masiva para eliminar la filariasis linfática. En la **República Dominicana**, la Organización apoyó un estudio de la transmisión de la filariasis linfática y evaluó las actividades actuales para eliminar esa enfermedad.

208. Se prestó cooperación técnica en **Colombia, El Salvador y Honduras** para preparar protocolos para las encuestas de la prevalencia y la intensidad de las geohelmintiasis, y en Suriname para un estudio de prevalencia tanto de las geohelmintiasis como de la esquistosomiasis en los niños en edad escolar. **Bolivia** elaboró un programa antihelmíntico para los niños preescolares y en edad escolar que se incorporará en los programas de vacunación y de AIEPI.

209. En la **República Dominicana**, la Organización colaboró con otros seis organismos de las Naciones Unidas en un programa de tres años en beneficio de los trabajadores de las fincas bananeras y sus familias. En colaboración con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Organización tomó a su cargo las intervenciones de salud encaminadas a prevenir la infección por el VIH/sida, la malaria, el cólera, la leptospirosis y otras enfermedades infecciosas. Las intervenciones incluían mejoras en las condiciones ambientales de los hospitales en tres provincias, así como la formación de capacidad de la comunidad para la prevención de enfermedades. El programa está siendo financiado por el Fondo para el Logro de los ODM de **España**.

210. Conjuntamente con el BID, el Instituto de Vacunas Sabin, y la Red Mundial de Enfermedades Tropicales Desatendidas, la OPS/OMS apoyó la elaboración y ejecución de dos proyectos piloto para el control de enfermedades desatendidas en Chiapas (**México**) y Recife (**Brasil**).

211. En el 2010-2011, se produjeron varias publicaciones sobre las enfermedades desatendidas, entre ellas un artículo en *Neglected Tropical Diseases*, revista de la Public Library of Science (PLOS), en el que se argumenta que varias enfermedades desatendidas podrían eliminarse o reducirse como problemas de salud pública mediante un mejoramiento de los planes y directrices existentes. El artículo se concentra en la esquistosomiasis, la filariasis linfática, la oncocercosis, las geohelmintiasis y la rabia, y utiliza los resultados de la elaboración de mapas y modelos para destacar las zonas donde dos o más de estas enfermedades se solapan.

212. Se organizaron varios talleres y reuniones para impulsar las iniciativas para eliminar las enfermedades desatendidas, entre ellas un taller organizado conjuntamente con la Universidad McGill sobre la integración de la desparasitación en los programas de salud existentes para los niños en edad escolar; la Primera Reunión Regional sobre la Eliminación del Tracoma, en Bogotá; la 10.^a reunión regional de los directores de los programas para eliminar la filariasis linfática, sostenida en Georgetown (**Guyana**); y, en **El Salvador**, un taller regional de capacitación sobre el desarrollo integró los planes para la prevención, el control y eliminación de las enfermedades desatendidas. Otro taller en **El Salvador** se concentró en el uso de la técnica Kato-Katz para determinar la prevalencia de helmintiasis.

Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria

La OPS/OMS ayudó a elaborar propuestas para presentarlas al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y brindó apoyo a la ejecución de los proyectos aprobados por el Fondo.

En **Argentina**, por ejemplo, la Organización se unió al ONUSIDA para apoyar una propuesta por un monto de US\$ 12 millones en nombre de las ONG que trabajan con hombres que tienen relaciones homosexuales, personas transgénero, profesionales del sexo y consumidores de drogas. La propuesta fue aprobada en la décima ronda del Fondo Mundial.

En **Colombia**, la OPS/OMS ayudó a elaborar la propuesta de un proyecto sobre la tuberculosis, recomendó ajustes en una propuesta relacionada con la infección por el VIH y brindó apoyo a la ejecución de un proyecto sobre malaria ya aprobado por el Fondo Mundial. La Organización también apoyó propuestas relativas a la malaria y la tuberculosis en Nicaragua, y una propuesta por US\$ 27 millones para ampliar las actividades para combatir la tuberculosis en Haití.

El Ministerio de Salud Pública de **Uruguay** recibió apoyo para realizar el primer proyecto del país financiado por el Fondo Mundial, que promueve la inclusión social y el acceso universal a la prevención y la atención integral de la infección por el VIH de los grupos vulnerables. La cooperación técnica de la OPS/OMS apoyó la instalación de una unidad de gestión de proyectos dentro del Ministerio de Salud Pública.

La Organización también ayudó a ejecutar los proyectos del Fondo Mundial para el control de la malaria en Ecuador y la atención de niños huérfanos y otros grupos vulnerables a la infección por el VIH en **Honduras**, y en **Guatemala** ayudó a las autoridades sanitarias a abogar ante los poderes legislativo y ejecutivo para conseguir que se tomaran las medidas legales necesarias para aceptar el financiamiento del Fondo Mundial.

ODM 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

213. Como se señala en el capítulo I, los países de la Región de las Américas han ampliado significativamente el acceso al agua potable y el saneamiento, y han reducido las brechas en el acceso entre los residentes urbanos y rurales. No obstante, unos 40 millones de personas en la Región todavía carecen de acceso a fuentes mejoradas de agua potable. Se prestó cooperación técnica para impulsar el cumplimiento no solo de las metas del ODM 7, sino también para lograr el acceso universal al agua y el saneamiento para los habitantes de la Región.

214. Gran parte del trabajo en esta esfera se centró en los planes de salubridad del agua, que promueven la evaluación integral y la gestión de riesgos en todas las etapas del abastecimiento de agua, desde la captación hasta los consumidores. La Organización brindó apoyo a la formulación de las normas basadas en datos objetivos con fines de reglamentación, el diseño de planes y programas para la vigilancia y el monitoreo de la calidad del agua y la formación de capacidad en estas áreas en los ministerios de salud, así como la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por el agua.

215. En **Jamaica**, se prestó cooperación técnica para mejorar el abastecimiento de agua potable y la eliminación de desechos como parte de iniciativas más amplias para promover viviendas y comunidades saludables. Este trabajo incluyó consultas con interesados directos para promover el cumplimiento de las directrices de calidad del agua potable y los planes de salubridad del agua. La Organización también abogó con el Ministerio de Gobierno Local y el Ministerio de Agua y Vivienda a favor de la extensión de la cobertura de agua y saneamiento a zonas anteriormente abastecidas mediante captación de agua de lluvia, mostrando la importancia que el agua tiene en el desarrollo económico y la salud. **Jamaica** implementó una base de datos sobre los resultados de la calidad del agua, actualizó el Plan Operativo de Control y Prevención de Brotes de Cólera y llevó a cabo una campaña de promoción para la prevención de esta enfermedad.

216. En **Bolivia**, la Organización apoyó la labor de las unidades de saneamiento ambiental para vigilar las fuentes de agua que abastecen a 13.000 hogares en los departamentos de Cochabamba y Chuquisaca, como parte de un programa más amplio sobre la seguridad alimentaria y nutricional (véase la sección sobre el ODM 1). Como parte de este proyecto, se proporcionaron instrumentos portátiles para evaluar la calidad del agua a tres redes de salud y estuches de “Aguamiga” a ocho escuelas.

217. El ministerio de salud de **Brasil** actualizó las normas nacionales de calidad del agua para el consumo humano y unificó el sistema de monitoreo del agua. Esto se hizo mediante un proceso participativo que permitió tanto a los proveedores de agua como a los consumidores formular propuestas y participar en el debate sobre las nuevas normas.

218. **Ecuador** preparó un plan nacional para la vigilancia de la calidad del agua y aumentó el conocimiento y la capacidad en materia de vigilancia de la calidad del agua en 20 cantones de cuatro provincias, donde viven unos 2 millones de personas. Estas actividades formaron parte de un programa más amplio sobre la gobernanza del abastecimiento de agua y el saneamiento y financiadas por el Fondo para el Logro de los ODM de **España** y llevadas a cabo con el apoyo de la OPS/OMS, el PNUD, el Programa de Asentamientos Humanos de las Naciones Unidas (Hábitat) y la OIT.

219. **Nicaragua** preparó y presentó propuestas legislativas, en particular la ley nacional del agua y la ley sobre comités del agua potable, así como la ley nacional de desechos, que está actualmente en trámite. El país también movilizó los municipios y a grupos juveniles ambientales para ejecutar las políticas e iniciativas en la esfera de la salud ambiental.

220. Se prestó apoyo continuo a las iniciativas de abastecimiento de agua salubre y saneamiento en **Chile**, después del terremoto, y en **Haití**, Centroamérica y la **República Dominicana** para la elaboración de una estrategia para la gestión de riesgos relacionados con el agua y el saneamiento en caso de desastres.

221. La Organización también colaboró con otros organismos de las Naciones Unidas como parte de Una visión común en pro de la higiene, el saneamiento y el abastecimiento de agua y un marco para la acción y brindó apoyo a la Evaluación anual mundial del saneamiento y el agua potable, una iniciativa de la OMS para proporcionar a los responsables de la política datos y análisis fidedignos para tomar decisiones fundamentadas en materia de saneamiento y agua potable.

222. Además, el logro del ODM 7 fue impulsado mediante la promoción de la atención ambiental primaria y los entornos saludables, incluidas la vivienda, las escuelas y los lugares de trabajo saludables.

Vivienda saludable en Chiapas (México)

Una iniciativa emprendida en la zona sur de **México** está contribuyendo al avance hacia el cumplimiento del ODM 7, mediante el mejoramiento de las condiciones de vida para las personas de las comunidades marginales. Después de elaborar estudios acerca de las condiciones socioculturales y sanitarias en el estado de Chiapas, a finales del 2010, la OPS/OMS preparó un prototipo para un proyecto de “vivienda saludable” en el pueblo de San Cristóbal de las Casas. En el proyecto se utilizan materiales de bajo costo, tecnologías apropiadas y componentes flexibles que pueden adaptarse a las necesidades de diferentes comunidades de toda la zona. También promueve la participación comunitaria y un método de atención primaria de salud. Se espera que la primera etapa del proyecto beneficie a más de 2.000 familias en tres pueblos.

En respuesta a la iniciativa, el gobierno estatal de Chiapas ha pedido a la Organización que ayude a otras comunidades de todo el estado a que adopten el prototipo de “vivienda saludable”

como una manera de superar la pobreza, integrar las comunidades dispersas, proteger a las personas que viven en las zonas de alto riesgo y promover el desarrollo humano.

El proyecto se llevará a cabo a través de una asociación con el gobierno y el departamento de salud estatal de Chiapas y el Instituto Mexicano de Población y Ciudades Rurales. El financiamiento lo aporta el Fondo para el Logro de los ODM, de **España**.

Salud ambiental en Argentina

Después de que un dictamen de la Corte Suprema de la Argentina en el 2008 pidió al Estado mejorar las condiciones ambientales del río Matanza-Riachuelo, el gobierno de la **Argentina** puso en marcha un programa de limpieza integral del medio ambiente para mejorar la calidad de vida de los residentes de la cuenca hidrográfica. La OPS/OMS prestó cooperación técnica al Ministerio de Salud y al Ministerio del Ambiente y Desarrollo Sustentable para ayudar a ejecutar el programa.

Las contribuciones de la Organización incluyeron un estudio de 1.358 menores de seis años que estableció un perfil de diagnóstico para comparar el estado nutricional, el desarrollo psicomotor y los niveles de contaminantes en los fluidos biológicos. La OPS/OMS también ayudó a fortalecer la información existente y el sistema de vigilancia, a establecer 20 nuevos nodos de vigilancia y a orientar a los equipos sanitarios en los problemas de salud asociados con las condiciones de vida y del medio ambiente. Otro componente del apoyo consistió en impartir capacitación en materia de prevención, diagnóstico, y tratamiento de la intoxicación ambiental; capacitación en los métodos de laboratorio y de ingreso de datos; preparación de protocolos de vigilancia; y la elaboración del Registro Nacional de Anomalías Congénitas en seis hospitales de maternidad, junto con la capacitación para el personal sanitario en epidemiología, prevención, tratamiento y trabajo social. La OPS/OMS también brindó apoyo a la creación de nuevos equipos de respuesta rápida especializados en salud para atender las emergencias ambientales.

223. El apoyo de la Organización a las actividades destinadas a impulsar el ODM 7 también comprendió la cooperación técnica en la esfera del cambio climático. En **Jamaica**, esto abarcó la preparación de un documento nacional sobre el cambio climático y la salud, el establecimiento de un grupo técnico sobre el tema y el patrocinio conjunto de varios eventos con la Oficina Meteorológica Jamaicana y otras organizaciones profesionales afines.

224. Además, se impulsaron las iniciativas interinstitucionales en preparación para la 20.^a Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Rio+20), que se celebrará en **Brasil** en junio del 2012. Un tema clave de la conferencia será la economía verde en el contexto de erradicación de la pobreza y promoción del desarrollo sostenible.

ODM 8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

225. Históricamente, la OPS/OMS ha sido un catalizador para que las alianzas internacionales fomenten la salud y el desarrollo en las Américas y ha seguido desempeñando este liderazgo con respecto a los ODM. Como se observa en el capítulo 1, la Organización es uno de los participantes o miembro fundador de varias asociaciones regionales importantes dedicadas a acelerar el avance para cumplir los ODM. Entre estas se encuentran la Alianza de Salud del Recién Nacido para América Latina y el Caribe, el GTR, la Iniciativa para una Maternidad Segura, y la APND (estas iniciativas se describen con más detalle en los puntos ODM 4 y ODM 5, precedentes).

226. Otra alianza regional esencial para impulsar los ODM es la del Grupo de los Directores Regionales de las Naciones Unidas (GNUD-América Latina y el Caribe). Fundado en el 2003, el GNUD-América Latina y el Caribe reúne a los directores regionales de 20 organismos de las Naciones Unidas que trabajan en América Latina y el Caribe. El Grupo procura mejorar la eficacia de la cooperación técnica de las Naciones Unidas y de la ayuda a nivel de país, mediante el mejoramiento de la colaboración interinstitucional, la promoción de las prioridades del país, y la creación de sinergias. La Directora de la OPS colaboró estrechamente con otros directores regionales del Grupo en cuestiones como nutrición, mortalidad materna, derechos de los indígenas y participación de los jóvenes para impulsar los ODM.

227. A nivel de país, la Organización también colaboró con otros organismos de las Naciones Unidas de conformidad con la evaluación común para los países y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (ECP/MANUD), como afiliada en los equipos de coordinación de las Naciones Unidas y como organismo ejecutor de proyectos financiados por fondos fiduciarios multilaterales, entre otros, el Fondo para el Logro de los ODM de España, el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana (Japón), el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para eliminar la violencia contra la mujer (varios donantes), y el Programa de Articulación del Desarrollo Rural en **Guatemala** (Suecia).

Fondo para el Logro de los ODM (España)

El Fondo para el Logro de los ODM fue establecido por el Gobierno de **España** en el 2006 en coordinación con el PNUD, a fin de acelerar las iniciativas destinadas a cumplir los ODM y respaldar la labor de reforma de las Naciones Unidas a nivel de país. El aporte hecho por España al Fondo, que ascendió a €528 millones, ha financiado proyectos en 50 países de África, Asia, el Oriente Medio y Europa oriental, así como en América Latina y el Caribe, donde el Fondo tiene su cartera más grande.

La OPS/OMS participó en programas financiados por el Fondo en 16 países de la Región de las Américas —**Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana**— en esferas que comprenden la niñez, la seguridad alimentaria y la nutrición;

igualdad de género y empoderamiento de las mujeres; el medio ambiente y el cambio climático; gobernanza democrática y económica; prevención de conflictos y consolidación de la paz; el desarrollo y el sector privado, y la cultura y el desarrollo.

La Organización también ha colaborado con la Secretaría del Fondo PNUD-España para el logro de los ODM, situada en Nueva York, en la promoción de las prioridades de salud en los programas del Fondo y en la agilización de los procesos administrativos para las transferencias rápidas a los equipos de coordinación de las Naciones Unidas.

228. La OPS/OMS también se asoció con organismos bilaterales de desarrollo, entre otros AECID, ACDI, el Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA), el Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo (NORAD), el PEPFAR, la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI), la AID, y los CDC, que han aportado tanto financiamiento como cooperación técnica para proyectos y programas. Además, se llevaron a cabo actividades, proyectos, y programas conjuntos con varias ONG internacionales, entre ellas, la Alianza GAVI, Save the Children, Enfants du Monde, la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, la Conferencia General de Adventistas del Séptimo Día, Partners in Health y la Cruz Roja Canadiense.

229. La Organización también colaboró con una amplia gama de asociados en sus Estados Miembros, como organizaciones profesionales, académicas, comunitarias, benéficas, religiosas y otras organizaciones de la sociedad civil. El trabajo realizado con todas estas asociaciones se sumó a la colaboración con autoridades gubernamentales a nivel nacional, departamental y local de diversos sectores, entre ellos, salud, educación, agricultura, desarrollo, medio ambiente y asuntos de la mujer y cuestiones indígenas, en actividades y proyectos que se han descrito en más detalle en las páginas precedentes.

Acceso a los medicamentos

230. La cooperación técnica en la esfera de los medicamentos esenciales ha ayudado a que los Estados Miembros amplíen el acceso a medicamentos y productos biológicos de calidad al reducir los gastos que deben pagar de su bolsillo las personas y las familias, especialmente las de menores recursos. Este trabajo comprendió desde el apoyo para la formulación, la ejecución y el seguimiento de las políticas farmacéuticas hasta la negociación para reducir los precios de los medicamentos y las compras de medicamentos e insumos en nombre de los países por conducto del Fondo Estratégico de la OPS.

231. El marco para las acciones en esta esfera comprende la tercera *Estrategia de medicamentos esenciales (2008-2013)* de la OMS, *Funciones esenciales de salud pública* (resolución CD42.R14, 2000), *Acceso a los medicamentos* (resolución CD45.R7, 2004), la *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual* de la OMS (resolución WHA61.21, 2008) y su contraparte regional, *Salud*

pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional (resolución CD48.R15, 2008).

232. Un agregado importante a este marco fue la nueva estrategia *Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos* (resolución CD50.R9), que se ultimó en el 2010 y fue aprobada por el 50.º Consejo Directivo de la OPS. Procura mejorar las capacidades de los organismos nacionales de reglamentación para garantizar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos farmacéuticos mediante funciones como autorización de los ensayos clínicos y aprobación de los productos para su comercialización, la inspección y la concesión de licencias a los fabricantes y los distribuidores, y supervisión de la publicidad y el uso racional de los medicamentos. Para apoyar estas actividades, los organismos nacionales de reglamentación de **Argentina, Brasil, Colombia y Cuba** se seleccionaron como referencias regionales.

233. La Organización también elaboró una nueva estrategia acerca del uso de los medicamentos genéricos para mejorar el acceso a los fármacos y su uso racional. A finales del 2010 se publicó en la web una versión preliminar para su examen por los interesados directos y los comentarios recibidos se incorporaron en la versión definitiva, que se divulgó en la 6.^a Conferencia Panamericana sobre Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, celebrada en Brasilia (véase también más adelante).

234. Otra esfera importante del trabajo fue la promoción de la investigación y el desarrollo en temas de salud que aborden mejor las necesidades de salud pública de los países, entre otras la investigación y el desarrollo sobre las enfermedades desatendidas y las enfermedades de la pobreza. En el 2010, se publicó el libro *Innovación para la salud en las Américas: promoción de la investigación y el desarrollo de productos para la salud*, basado en las conclusiones de una conferencia celebrada en el 2009 y organizada conjuntamente por la OPS/OMS y el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR). En el informe se presentan recomendaciones acerca de cómo crear sistemas para la innovación a los niveles nacional, subregional y regional para promover productos de salud asequibles y apropiados que aborden las prioridades en materia de salud de los Estados Miembros de la OPS/OMS.

235. La Organización también siguió desarrollando el proyecto “Acceso e innovación para la salud: una plataforma regional”, que consiste en una serie de herramientas virtuales que les permiten a los interesados directos de diferentes sectores interactuar de manera que puedan promover el acceso, el uso racional y el buen gobierno en el ámbito de los medicamentos esenciales y otras tecnologías sanitarias. La OPS/OMS presentó una propuesta y recibió comentarios acerca de la plataforma procedentes de autoridades sanitarias y reguladoras, académicos e investigadores, autoridades de ciencia y tecnología y representantes del sector manufacturero. Los asociados que participan en el proyecto comprenden a INFOMED de **Cuba** y BIREME; se ha recibido apoyo de la

Administración de Alimentos y Medicamentos de los **Estados Unidos**, la Unión Europea (por conducto del TDR), **Brasil** y **España**.

236. La Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF) organizó la 6.^a Conferencia Panamericana sobre Armonización de la Reglamentación Farmacéutica en Brasilia, en julio del 2011. La conferencia reunió a más de 300 participantes de 26 países, entre ellos, representantes de las autoridades sanitarias, expertos en cuestiones reglamentarias y afines, y representantes de la industria farmacéutica. Los grupos de trabajo de la Conferencia Panamericana sobre Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, como los de buenas prácticas de laboratorio, productos biotecnológicos, registro de medicamentos y medicamentos falsificados presentaron los resultados de su trabajo en colaboración.

Fondo Estratégico de la OPS

Una de contribuciones más importantes de la Organización a la ampliación del acceso a medicamentos esenciales de calidad es el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS, también conocido como el Fondo Estratégico de la OPS. Establecido en el 2000 a petición de los Estados Miembros, el Fondo obtiene medicamentos y suministros a precios reducidos al mancomunar la demanda y lograr economías de escala, y presta cooperación técnica a los países en materia de planificación, programación y proyección de las necesidades en medicamentos y suministros. El Fondo también proporciona listas de precios de referencia y de proveedores precalificados, cuyos productos y métodos de fabricación cumplen las normas de la OPS/OMS.

En el 2010 y la primera mitad del 2011, el Fondo Estratégico de la OPS compró medicamentos y suministros por un valor total de más de US\$ 50,5 millones a nombre de 16 países: **Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela**.

Según se describe en el punto sobre el ODM 4 precedente, en el período 2010-2011, el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas de la OPS prestó apoyo similar para la compra de vacunas, jeringas y suministros de la cadena de frío, al adquirir casi US\$ 723 millones en productos a nombre de 40 países y territorios.

237. En el Día Mundial de la Salud 2011, que se dedicó al tema de la resistencia a los antimicrobianos, la OPS/OMS patrocinó una mesa redonda especial moderada por la presentadora del noticiero del fin de semana de CNN en Español, Claudia Palacios, en la que participaron varios expertos, entre ellos, el doctor Anthony Fauci, Director del Instituto Nacional de la Alergia y las Enfermedades Infecciosas, de los Estados Unidos; el doctor Marcelo Galas, del Ministerio de Salud de Argentina; la doctora Susan Foster, de la Alianza para el Uso Prudente de los Antibióticos; y el Director Adjunto de la OPS, Jon Andrus. El evento puso de relieve varios problemas como las infecciones polifarmacorresistente contraídas en los hospitales o en la comunidad; la

farmacorresistencia cada vez mayor a los medicamentos para la tuberculosis, la malaria y la infección por el VIH; el uso de antibióticos en la producción pecuaria; y las prácticas de los pacientes y los profesionales de salud que contribuyen a la resistencia a los antimicrobianos.

Rostros, Voces y Lugares de los ODM

238. Si bien casi toda la cooperación técnica contribuye al avance hacia el cumplimiento de los ODM, la Iniciativa Rostros, Voces y Lugares se ha convertido en una de las principales iniciativas de la Organización para impulsar el programa de los ODM en las comunidades que más lo necesitan. Puesta en marcha en el 2006, esta iniciativa multisectorial trabaja en las comunidades vulnerables por intermedio de alianzas con líderes locales, organizaciones no gubernamentales y locales, con el propósito de acrecentar los conocimientos acerca de los ODM, además de promover la participación y el empoderamiento de la comunidad.

239. La iniciativa parte de la premisa de que los indicadores de nivel nacional ocultan la extrema pobreza y la exclusión social que siguen afectando a muchas comunidades, en particular en los países de ingresos medios, donde vive 90% de la población pobre. La iniciativa aborda este problema al trabajar en las comunidades vulnerables de toda América Latina y el Caribe, utilizando los determinantes sociales de la salud como punto de partida. Hasta el 2010-2011, más de 40 comunidades de 23 países estaban participando en la iniciativa.

La iniciativa Rostros, Voces y Lugares de los ODM en la Región de las Américas

Anguila Grupos de población vulnerables	Guatemala Los Encuentros, San Juan Ermita, Chiquimula
Argentina Laguna Blanca, Formosa	Guyana Costa del Esequibo y Georgetown
Belice Grupos de población vulnerables	Granada Hombres jóvenes en el Centro Médico Tivoli
Brasil Guarulhos, São Paulo Olina, Pernambuco Duque de Caxias, Rio de Janeiro Fortaleza, Ceará Campinas, São Paulo	Honduras La región Mosquitia
Bolivia Cuarirenda, Charagua, Región de Chaco Huacullani, Tiwanaku, cerca del lago Titicaca	México Por medio de la red de municipios por la salud
Colombia Cien municipios por intermedio del programa nacional de reducción de la pobreza; seis municipios por conducto de la estrategia	Montserrat Zonas afectadas por el huracán Hugo y por la erupción del volcán de la Soufrière

nacional de entornos saludables.	
Costa Rica Corredores, Puntarenas Región Brunca	Nicaragua San Carlos, río San Juan Región Miskito
Cuba El Cotorro, La Habana Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos	Panamá Santa Fe de Veraguas Cinco municipios en Santa Fe
República Dominicana Comendador y Pinzón, Elías Piña Batey Madre, Batey Walterio y Batey Santa Cruz, Montecristo	Paraguay Machareti, Mariscal Estigarribia, Chaco Reducto y Laurety, San Lorenzo
Dominica Territorios de los caribes	Perú Belén, Loreto, Iquitos Coporaque, Cuzco
Ecuador Colta, Alausí, Guamote y Nabón, Azuay	Uruguay Canelones
El Salvador Rosario de Mora, Santiago Texacuangos, San Salvador y Villa Centenario, Sonsonate	

240. La iniciativa adopta estrategias participativas e intervenciones integradas con el objeto de facultar a las comunidades para que superen los determinantes sociales que los han mantenido en la pobreza y les impiden alcanzar los ODM. Promueve la comunicación horizontal y el intercambio de información entre los proveedores de cooperación técnica y los beneficiarios para conseguir que las intervenciones aborden los problemas y las prioridades determinadas por las propias comunidades y que esas soluciones sean sostenibles con el transcurso del tiempo.

241. En **Bolivia**, la iniciativa Rostros, Voces y Lugares se está ejecutando en Cuarirenda (Santa Cruz), que es una comunidad guaraní de menos de 500 residentes. Mediante un ejercicio participativo de diagnóstico, los miembros de la comunidad determinaron sus prioridades como la producción de alimentos en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de cada familia; empoderamiento de las mujeres; ampliación del puesto local de salud para tener una sala de partos y poder ofrecer pruebas de detección sistemática del papiloma virus humano; capacitación de los miembros de la comunidad acerca de la forma de prevenir enfermedades comunes como la enfermedad de Chagas; y mejoramiento de los servicios de agua y saneamiento con la construcción de un pozo nuevo, el mejoramiento de las letrinas y el reciclaje de la basura.

242. En las comunidades cubanas de Cotorro (La Habana) y Santa Isabel de las Lajas, (Cienfuegos), la iniciativa está beneficiando principalmente a los niños en riesgo de sufrir trastornos del desarrollo neurológico, a las adolescentes embarazadas y a las personas de edad, mediante un enfoque que moviliza y faculta a la comunidad para atender las necesidades especiales de estos grupos.

243. En la **República Dominicana**, la iniciativa está trabajando en comunidades con altos niveles de desnutrición, saneamiento ambiental deficiente y una presencia considerable de refugiados haitianos. En coordinación con el Ministerio de Salud, la iniciativa ha impartido capacitación para los miembros de la comunidad en cuestiones de nutrición, malaria, dengue, cólera y leptospirosis, así como en construcción de letrinas.

244. A partir del 2010, la iniciativa empezó a ampliarse en forma autónoma a las comunidades y los municipios vecinos de los que ya estaban participando. Los alcaldes participantes en **Panamá** invitaron a líderes de 11 municipios nuevos a que se unieran a la iniciativa en el 2010, y en el 2011 extendieron una invitación similar a líderes de comunidades autóctonas. En **Costa Rica**, la iniciativa se ha difundido en toda la región de Brunca, la más pobre del país. En la zona de El Chaco, en América del Sur, los alcaldes de varias comunidades de **Argentina, Bolivia y Paraguay** se comprometieron a promover la iniciativa en otras comunidades mediante un proyecto de cooperación técnica entre países.

245. En las zonas rurales de Olinda y Guarulhos, los alcaldes participantes de Brasil crearon una red propia e invitaron a otros alcaldes de las comunidades circundantes a sus reuniones anuales. En el 2011, el Ministerio de Salud de **Brasil** reconoció formalmente la iniciativa como un programa de salud y le asignó financiamiento oficial del sector de la salud. El Consejo Nacional de Departamentos Municipales de Salud (CONASEMS) también prometió dar su apoyo.

246. La iniciativa se lanzó por primera vez en el Caribe de habla inglesa en el 2010-2011, gracias al trabajo de miembros del programa profesionales jóvenes por los ODM (una iniciativa conjunta de la OPS/OMS y varias universidades de **Estados Unidos y Canadá**). Entre los participantes se encuentran miembros de la tribu caribe en **Dominica** y comunidades vulnerables en **Anguila, Granada y Montserrat**.

247. Con base en sus experiencias en 23 países, la iniciativa ha preparado una Canasta Virtual de Mejores Prácticas a nivel de la comunidad para impulsar cada uno de los ODM.

248. Cuatro elementos clave han resultado esenciales para la puesta en práctica fructífera y sostenible de la iniciativa: la participación decidida de los alcaldes y otras autoridades locales, la creación de un grupo motor de líderes comunitarios que pueden aportar dirección e impulso, la participación de una institución académica como asociada en la ejecución y el empoderamiento de las comunidades mediante la formación de capacidad. La OPS/OMS está promoviendo este último elemento mediante un programa educativo de salud y desarrollo local, en el cual se han graduado 162 actores comunitarios de 23 países desde el 2009.

Capítulo III. Lecciones y desafíos

249. La Declaración del Milenio y, por ende, los Objetivos de Desarrollo del Milenio pusieron de manifiesto el poder de la voluntad política mundial al más alto nivel con un propósito común: erradicar la pobreza. Los ODM permitieron trascender el lenguaje declarativo para comprometer acciones concretas a nivel nacional, regional y mundial a corto, mediano y largo plazo, con el monitoreo de los progresos y exámenes periódicos por los gobiernos, la sociedad civil, el sistema de Naciones Unidas y los asociados para el desarrollo. Este enfoque de rendición de cuentas ha sido parte integral de la agenda de los ODM y sin duda ha contribuido a los avances logrados.

250. Los ODM permitieron además marcar la pauta para un trabajo integrado y sinérgico entre sectores y organismos, reconociendo que solo se puede mejorar las condiciones de vida de los más vulnerables si se trabaja al unísono con estrategias de desarrollo que incluyan la nutrición, las condiciones de trabajo y el empleo, la educación, la salud y el saneamiento, así como compromisos compartidos entre naciones desarrolladas y naciones en desarrollo. En este sentido los ODM refuerzan el enfoque de la OPS/OMS sobre los determinantes sociales de la salud y la necesidad de abordarlos con intervenciones multisectoriales. Al mismo tiempo, al otorgar un espacio central a la salud en la agenda de desarrollo, el marco común de los ODM ha elevado la visibilidad y el reconocimiento de la salud en las políticas públicas.

251. Durante la última década, la Organización ha logrado integrar los ODM en sus programas de cooperación técnica, que ya abordaban temas como el hambre y la desnutrición, la desigualdad de género, la salud maternoinfantil, las enfermedades infecciosas y desatendidas, la salud ambiental y las alianzas para el desarrollo. Los ODM han logrado impulsar y fortalecer los esfuerzos de la OPS/OMS y sus Estados Miembros en estas esferas clave.

252. Al mismo tiempo, reconociendo el contexto de grave desigualdad de ingresos de la Región, la OPS/OMS ha señalado la necesidad de ir más allá de los ODM y sus metas oficiales y abordar las grandes disparidades que se esconden detrás de los promedios nacionales. Al poner en marcha su iniciativa Rostros, Voces y Lugares, destacó la importancia de llegar a los municipios y territorios más vulnerables y postergados, revivir los principios de la atención primaria de salud y empoderar a las personas en sus comunidades. No es suficiente que los jefes de Estado y de Gobierno conozcan y se comprometan con los ODM, es necesario que los alcaldes, las autoridades locales y los mismos habitantes de las comunidades entiendan que los ODM son los elementos básicos de una agenda de desarrollo sustentada en los derechos humanos. Al poner esto de relieve, la OPS/OMS ha contribuido singularmente con un marco ético para el avance de los ODM.

253. Las experiencias de la Organización al prestar cooperación técnica para el avance de los ODM en los Estados Miembros han aportado lecciones para acelerar el progreso hacia esos objetivos durante los cuatro años que restan para llegar al año 2015 y que pueden mostrar los desafíos y el camino por delante después del 2015.

254. Una enseñanza clara es la necesidad de abordar con mayor intensidad el problema de la mortalidad materna y neonatal, que constituyen dos de los ODM en los cuales la Región se encuentra más rezagada, especialmente en zonas rurales, de mayor vulnerabilidad y pobreza. Las recientes concentraciones en zonas conurbadas muestran desafíos en el acceso a los servicios de salud para reducir la mortalidad materna y la infantil. Lo mismo sucede con la desnutrición crónica, cuya meta sigue estando lejana. En cuanto al acceso al agua segura y al saneamiento básico, si bien en términos numéricos se ha convertido en un desafío urbano por la evolución demográfica, quedan todavía amplios segmentos de la población de las circunscripciones rurales más pobres que carecen de esos beneficios del desarrollo. Todas estas asignaturas pendientes deben abordarse de una manera más puntual, reforzando al mismo tiempo la integralidad e intersectorialidad entre las políticas, los programas y los proyectos.

255. Asimismo, si bien hay evidencia de que ha disminuido la pobreza, los avances han sido desiguales y quedan todavía segmentos vulnerables de la población, vinculados especialmente a la ubicación geográfica y a la identidad cultural y de género. En este sentido, es imprescindible continuar el trabajo en pro de los ODM a nivel local y municipal y en los grupos marginados que siguen estando en desventaja, aunque difícilmente esto se pueda ver con los datos disponibles. De la misma manera, a pesar de que existen avances en la reducción de la desigualdad en la Región, es imperativo promover la igualdad de oportunidades y de resultados para que se reduzcan las brechas internas en los países.

256. Otra enseñanza importante que se ha confirmado en décadas recientes es que existe un círculo virtuoso, por el cual el crecimiento económico y la salud, aunados al desarrollo social, se apoyan entre sí. Resulta esencial mantener una estrecha vigilancia de la evolución de los ciclos económicos, puesto que durante las fases recesivas de los ciclos aumenta la vulnerabilidad de los más pobres. Ello ocurre especialmente porque el gasto y la inversión social a menudo resultan mermados como consecuencia de los ajustes requeridos para superar las crisis. Es necesario sistematizar las lecciones aprendidas de los países de ingresos medianos no solo para enfrenar las crisis económicas sino para además reducir la brecha de las inequidades e impulsar el desarrollo sostenible.

257. Por ejemplo, el hecho de que el impacto de la última recesión del 2008-2009 haya sido menos profundo que la de otras anteriores, como la de los años ochenta, se debió a que las economías de la Región estaban mejor preparadas y, además, se disponía de programas sociales específicamente diseñados para la protección de los más vulnerables.

Por eso es necesario proteger y fortalecer el gasto social, sobre todo el destinado a los programas de protección social.

258. Estas y otras lecciones derivadas de las experiencias de la OPS/OMS y sus Estados Miembros en el compromiso con los ODM apuntan a varias conclusiones y recomendaciones para los futuros esfuerzos en esta materia, que se describen a continuación.

- a) Es imprescindible generar constantemente los datos necesarios para sustentar la elaboración de políticas, planes, programas y proyectos. Para ello es necesario fortalecer los sistemas nacionales de información de salud. La evidencia constituye la base de sustentación de la adopción de decisiones adecuadas y de la ejecución de medidas eficaces. Solo con datos e información de buena calidad se pueden transformar los objetivos en resultados. Resulta esencial impulsar el observatorio de los ODM relacionados con la salud a fin de hacer el seguimiento de los avances y retrocesos a nivel nacional y subnacional, y actuar oportunamente.
- b) Hay que mantener una vigilancia constante sobre los niveles del gasto público en materia de salud y su relación con el gasto social para mejorar el desempeño de los sistemas de salud y universalizar los programas de protección social con énfasis en los sectores y municipios más vulnerables. Esto se podría lograr con la elaboración, en conjunto con los ministerios de salud, de un programa de monitoreo del gasto social con informes anuales.
- c) Mientras persistan los agudos niveles de pobreza y desigualdad en la Región, debe aumentarse el gasto público en el sector de la salud y en programas de protección social que planteen cambios estructurales. Programas que no solo incorporen insumos de los diferentes sectores sino que promuevan sinergias en procesos y resultados, propicien procesos de empoderamiento y no se queden solo en ayudas individualizadas. Programas que busquen mejorar la calidad y no solo el acceso, que sean monitoreados en su impacto para salir no solo de la pobreza extrema sino superarla del todo, de modo que los resultados sean difícilmente reversibles. Para ello, en los países de la Región será necesario avanzar en reformas fiscales que puedan sustentar el incremento y la sostenibilidad del gasto social.
- d) La cooperación técnica centrada en territorios, ya sea municipios urbanos y sus zonas de extrema pobreza, comunidades dispersas o territorios transnacionales, seguirá siendo clave para acelerar los procesos de cumplimiento de los ODM. La iniciativa Rostros, Voces y Lugares ha permitido hacer esa llamada de atención sobre la agenda inconclusa y la inequidad dentro de los países. Esta agenda tiene que mantener un perfil alto y ser abordada bajo su dimensión política, técnica y

- financiera para que las políticas y la asignación de recursos no terminen dejando de lado una vez más a estos territorios.
- e) Para procurar un abordaje multisectorial y multidimensional es necesario contar con inventarios de políticas nacionales que permitan evaluar y promover concretamente “la salud en todas las políticas”. Solo así se puede dar sostenibilidad a los logros y garantizar la acción eficaz sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud.
 - f) También es importante complementar el proceso de armonización de las actividades de la cooperación internacional con los esfuerzos para fortalecer la capacidad rectora y de coordinación de las autoridades nacionales. Se trata de movilizar, armonizar y alinear la cooperación externa para alcanzar los ODM y responder a las prioridades nacionales de salud y desarrollo.
 - g) Los proyectos de gran envergadura que demandan cuantiosos recursos, como las obras de infraestructura de abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, requieren apoyo de las instituciones financieras multilaterales. Para garantizar la calidad de los servicios y asegurar su sostenibilidad, es imprescindible la coordinación de esfuerzos entre las entidades financieras internacionales y otros organismos dedicados a alcanzar estos objetivos. Será necesario seguir fortaleciendo la relación con la banca para el desarrollo y con los organismos de las Naciones Unidas, teniendo como eje el logro de las prioridades nacionales. Durante estos 11 años se han forjado una serie de alianzas que ya han sido descritas y que ejemplifican un trabajo integrado con un objetivo en común.
 - h) Finalmente, el hecho de que los países de América Latina y el Caribe hayan podido alcanzar muchas de las metas trazadas en los ODM entraña la responsabilidad de compartir la experiencia acumulada con otras regiones en desarrollo. Con ese fin, la OPS continuará compartiendo su experiencia, fomentando la cooperación Sur-Sur, intermediando esfuerzos de cooperación y de transferencia de conocimientos entre países, mediante el apoyo de donantes y de los Estados Miembros, así como por intermedio de la OMS y de otras entidades especializadas de las Naciones Unidas.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio después del 2015

259. El compromiso de reducir la pobreza y mejorar la calidad de vida no se logrará plenamente para el 2015 —ni en la Región de las Américas ni en el resto del mundo— pese a los importantes avances realizados. Será necesario continuar con el imperativo ético establecido en los ODM, a partir de un enfoque basado en el análisis de las experiencias hasta la fecha. Entre las apreciaciones que deberán incorporarse se encuentran las que se describen a continuación.

- a) El compromiso debe ser mundial, pero los objetivos, las metas y los indicadores deben adaptarse al nivel regional para responder con pertinencia a las diferencias. Para nuestra Región, esto implicará metas más elevadas y centradas en la población excluida, los pueblos indígenas y los afrodescendientes, así como en las mujeres, los niños y los adultos mayores. Solo con metas diferenciadas se podrá romper el núcleo de la desigualdad.
- b) La agenda de los ODM tendrá que trascender el plano nacional y ejercer una influencia descentralizadora que permita realizar análisis a nivel subnacional y promover acciones en las comunidades. Frente a la distribución desigual de capacidades, se enfatizará la necesidad de redoblar esfuerzos para crear capital humano a nivel local.
- c) Las lecciones aprendidas en los últimos 15 años permitirán crear líneas de base regionales, nacionales y subnacionales, y sistematizar la obtención de datos que permitirá ajustar medidas y destrabar el adelanto. Esto dará pie a procesos de aceleración de los ODM sustentados en políticas nacionales, medidas locales y la concientización de la población.
- d) La agenda en materia de desarrollo propuesta por los ODM en el 2000 deberá enriquecerse con modelos de desarrollo sostenible que incorporen los desafíos del cambio climático y los planteamientos que surjan de la Cumbre Rio +20. La pobreza y la desigualdad deberían ser el centro del debate en la Cumbre de la Tierra. Son los más vulnerables quienes están sufriendo con mayor crudeza los efectos del cambio climático y, por ende, hacia ellos deben dirigirse las iniciativas de preparación para los desastres y de mitigación de las consecuencias del cambio climático.
- e) Por otro lado, la transición demográfica, aunada a los hábitos de consumo de los habitantes de la Región, ha creado un nuevo y mayor reto que no estuvo contemplado en los ODM. Si bien se ha progresado mucho en el control de las enfermedades transmisibles en el continente americano, la epidemia de las enfermedades crónicas está en aumento, y afecta a los países y personas ricos y pobres por igual. En consecuencia, a partir del 2015, las metas de salud y desarrollo de América Latina y el Caribe deberán otorgar igual o mayor prioridad a las enfermedades no trasmisibles, que tienen consecuencias perniciosas para las poblaciones vulnerables y cuyo tratamiento es más complejo y costoso. La promoción de la salud desempeñará un papel clave para crear hábitos y transformar los espacios urbanos en entornos saludables, al tiempo que se promueve la conciencia de una forma de vida más sana.
- f) Los ejes de la productividad y el empleo cobrarán mayor importancia en los ODM de segunda generación, que tendrán que otorgar un énfasis mayor al trabajo de los jóvenes y la formación de capacidades laborales, puesto que los esfuerzos para reducir la pobreza no son sostenibles si no se mejoran el crecimiento económico y la productividad, y se generan formas de empleo digno y saludable, tanto en el

sector formal como en el informal. La salud y la seguridad laboral, unidas a programas de protección social, de seguros de salud y de pensiones, permitirán mantener la calidad de vida, no solo durante los años de participación productiva sino también durante la jubilación. Para ello se necesitarán opciones creativas a fin de que los trabajadores del sector informal cuenten con fondos de jubilación que les permitan llevar una vida digna.

- g) Los ODM de segunda generación deberán centrar sus prioridades en un desarrollo multidimensional, con un rostro humano y un marco ético sustentado en los derechos humanos y la paz. Además del desarrollo económico y social, es necesario enfrentar otros desafíos que tienen gran impacto en la vida cotidiana, sobre todo —en la Región de las Américas— la violencia y la inseguridad. Esto exigirá establecer metas e indicadores de seguridad ciudadana en respuesta a la delincuencia organizada y reformas a las políticas de justicia para desterrar la impunidad. Una nueva era de la seguridad humana en la que el sector de la salud desempeñará un papel clave está por venir.
- h) Por último, para continuar en este camino, seguirá siendo clave el fortalecimiento de alianzas en pro del desarrollo entre los distintos actores. La solidaridad internacional deberá seguir presente, pero además tendrá que ajustar sus mecanismos para alcanzar una mayor eficacia. Es preciso reconocer las realidades complejas de los países de ingresos medianos, con el fin de que las iniciativas sean más armonizadas y menos fragmentadas, que partan de una visión sistémica y estén más dirigidas a fortalecer las capacidades y la autonomía de los países, reconociendo y fortaleciendo el liderazgo nacional. Estas características permitirían consolidar los logros alcanzados, remediar las carencias y seguir haciendo frente a los desafíos del desarrollo durante las próximas décadas.

SIGLAS Y ABREVIATURAS	
ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
ACEMI	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ACP	Grupo de Estados de África, el Caribe y el Pacífico
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
AIEA	Atención integrada a las enfermedades de los adolescentes y los adultos
AIEPI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
ALAPE	Asociación Latinoamericana de Pediatría
ALARM	tratamiento del parto y riesgos (Advanced Labour and Risk Management)
Alianza GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
APND	Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo
ASDI	Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CALMA	Centro de apoyo de lactancia materna (El Salvador)
CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CEDES	Centro de Estudios de Estado y Sociedad
CEES	Concertación Educativa de El Salvador
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CEPAL)
CENTA	Centro Nacional de Tecnología Agropecuaria (El Salvador)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIM	Confederación Internacional de Matronas
CFNI	Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe
CLAP/SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
COMMCA	Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica
CONASAN	Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (El Salvador)
CPANDRH	Conferencia Panamericana sobre Armonización de la Reglamentación Farmacéutica
CREP	Centro Rosarino de Estudios Perinatales
CTP	Cooperación técnica entre países
DASALUD-Chocó	Departamento Administrativo de Salud y Seguridad Social del Chocó (Colombia)
DOTS	tratamiento acortado directamente observado
ECC	Coordinación de Programas en el Caribe Oriental (oficina de la OPS/OMS en Barbados)
ECP	evaluación común para los países
ENIPLA	Estrategia nacional intersectorial para planificación de la familia (Ecuador)
ESAVI	Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación y la inmunización
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos
FEPPEN	Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FIPF	Federación Internacional de Planificación de la Familia

SIGLAS Y ABREVIATURAS (Cont.)	
FLASOG	Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
FOROSAN	Foro Regional Permanente de Oriente de Seguridad Alimentaria y Nutricional (FOROSAN)
GCT	Grupo consultivo técnico
GNUD-América Latina y el Caribe	Grupo de los Directores Regionales de las Naciones Unidas para el Desarrollo-América Latina y el Caribe
GTR	Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna
Hábitat	Programa de Asentamientos Humanos de las Naciones Unidas
Hib	<i>Haemophilus influenzae tipo b</i>
IAM	Iniciativa Amazónica contra la Malaria
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
ITS	Infección de transmisión sexual
JICA	Organismo Japonés de Cooperación Internacional
MANUD	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
MIFC	Programa para Empoderar a Mujeres, a Familias y Comunidades (El Salvador)
NORAD	Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo
OACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OCHA	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANCAP	Asociación Pancaribeña contra el VIH y el sida
PEPFAR	Plan de Emergencia para el Alivio del SIDA, iniciativa del Presidente de los Estados Unidos
PLoS (Library of Science)	Biblioteca pública de ciencia
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
PRISM	Marco de gestión del desempeño de los sistemas rutinarios de información
PVH	papilomavirus humano
RAVREDA	Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos
RISS	Redes integradas de servicios de salud
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIG	Atención infantil gratuita (Haití)
SIP	Sistema informático perinatal
SOG	Atención obstétrica gratuita (Haití)
SRC	Síndrome de rubéola congénita
TARSA	Tratamiento antirretrovírico sumamente activo

SIGLAS Y ABREVIATURAS (Cont.)	
TB	tuberculosis
TB-MR	tuberculosis polifarmacorresistente
TDR	Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales
UNDOC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de las Naciones Unidas para las Mujeres
UNIVO	Universidad del Oriente (El Salvador)
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas para Servicios de Proyectos
USDA	Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

- - -