



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



45.º CONSEJO DIRECTIVO 56.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

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

Punto 5.3 del orden del día provisional

CD45/8 (Esp.)
12 agosto 2004
ORIGINAL: INGLÉS

LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y LAS METAS DE SALUD

En el presente documento se describe la función que la OPS desempeña para ayudar a los Estados Miembros a cumplir los objetivos planteados en la Declaración del Milenio y otros objetivos afines conocidos comúnmente como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los ODM reflejan los resultados de decenios de forja de consenso tanto en el sistema de las Naciones Unidas como en las reuniones cumbre y las conferencias mundiales auspiciadas por esa organización. Son un resumen de los compromisos clave aceptados por los jefes de Estado en la Cumbre del Milenio y reflejados en la Declaración del Milenio.

En 2005, la Asamblea General de las Naciones Unidas evaluará los adelantos que se hayan logrado para cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio cinco años después de la Cumbre. El cumplimiento de los objetivos relacionados con la salud será fundamental en esta evaluación, y los Estados Miembros tendrán que actuar de manera concertada y sostenida para seguir en esta dirección. Los ODM han colocado la inversión en la salud de la gente en el centro mismo de la agenda del desarrollo mundial.

Tanto el sistema de las Naciones Unidas como el sistema interamericano están dando suma prioridad al marco de los ODM en su trabajo. En este sentido, la OPS/OMS está impulsando algunas estrategias para estar a la altura de las circunstancias y procurar aprovechar esta oportunidad como punto de acceso clave para situar a la salud en un lugar prioritario de la agenda política de los países, las entidades subregionales y las organizaciones regionales, así como para fortalecer la cooperación con sus muchos socios.

Los ODM en la esfera de la salud son a la fecha una parte integrante de las prioridades de la OPS/OMS y están relacionados con su compromiso con la equidad sanitaria en los países y entre ellos, y con la formulación de políticas de salud con resultados cuantificables. Forman parte del proceso de desarrollo sanitario nacional y dependen de manera importante del grado de expansión de la protección social en materia de salud.

La Organización ha participado en una iniciativa importante para integrar los ODM en su programa de trabajo a los niveles regional y de país. En el presente documento se describen los adelantos principales que se han logrado en esta dirección y se tratan algunos de los pasos futuros.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE134.R8 adjunta, que se somete a la consideración del Consejo Directivo.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): una agenda focalizada	3
El compromiso con los objetivos de la Declaración del Milenio en las Américas: sentido de propiedad por los países	4
¿Dónde se encuentra la Región de las Américas en cuanto al cumplimiento de los ODM relacionados con la salud?.....	5
El contexto de política de los ODM y las implicaciones para el enfoque de la OPS	15
¿Cómo está avanzando la OPS?	18
Los ODM como parte integrante de la renovación de la OPS y de sus prioridades estratégicas.....	20
La equidad en primer lugar: poblaciones y países prioritarios	21
Velar por un método integrador de los ODM	22
Impulsar el compromiso con las políticas sanitarias que incluyan objetivos y metas de salud cuantificables	24
Iniciativas dentro de la OPS.....	27
Intervención del Consejo Directivo	30

Anexos

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: una agenda común focalizada

1. Al adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en 2000, 189 jefes de Estado y de Gobierno respaldaron una estrategia mundial en la cual los Estados Miembros se comprometían a reducir considerablemente la pobreza y a encabezar intervenciones clave a favor del desarrollo para el año 2015. Esta estrategia se traducía a la práctica mediante una guía que definía ocho objetivos específicos denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio. La estrategia y los objetivos se reiteraron en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, celebrada en marzo de 2002 en Monterrey (México), y en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible que tuvo lugar en septiembre de 2002, en Johannesburgo.

2. De este modo, los Estados Miembros reconfirmaban los acuerdos a los que se había llegado en las cumbres anteriores de las Naciones Unidas, como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Cumbre para la Tierra (Nueva York, 1997), la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (Roma, 2002), y la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en favor de la Infancia (Nueva York, 2002).

3. Desde la adopción de la Declaración del Milenio, sus objetivos principales se han resumido como un conjunto de 8 objetivos y 18 metas, que hoy en día se denominan comúnmente los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se propuso un conjunto de 48 indicadores para medir el avance (véase el anexo A). Desde entonces, muchas organizaciones internacionales y organismos donantes han reorientado sus programas de trabajo para el cumplimiento de los ODM. La guía propuesta por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) subraya la sinergia entre los ocho ODM; en efecto, se presentan como un conjunto indivisible. Este enfoque refuerza los principios de salud para todos y la estrategia de atención primaria de salud (APS), y coloca la salud en el centro del desarrollo económico y social.

4. Los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio han colocado la inversión en la salud de la gente en el centro del temario del desarrollo del siglo XXI y proporcionan a la comunidad de salud pública un punto de acceso inestimable para dar más relieve a la salud. Tres de los ocho ODM se refieren explícitamente a los temas de salud: reducción de la mortalidad en la niñez, mejoramiento de la salud materna y lucha contra la infección por el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. Siete de las 18 metas están relacionadas directamente con las responsabilidades del sector de la salud, a saber: la 2 con la desnutrición, la 5 con la mortalidad en la niñez, la 6 con la mortalidad materna, la 7 con la infección por el VIH/SIDA, la 8 con la malaria y otras enfermedades infecciosas, la 10 con el agua potable y la 17 con los medicamentos esenciales. Esta prioridad alta asignada a la salud pone de relieve el nuevo consenso de que la salud no

solo es el resultado de un mayor desarrollo, sino que se encuentra en el núcleo del desarrollo.

El compromiso con los objetivos de la Declaración del Milenio en las Américas: sentido de propiedad por los países

5. El fortalecimiento del compromiso con los objetivos de la Declaración del Milenio en la Región de las Américas sigue siendo un reto; y son pocos los países que han integrado plenamente dichos objetivos en su proceso de formulación de políticas. A junio de 2004, nueve países de las Américas habían elaborado un informe sobre los ODM, y el Caribe Oriental había preparado un informe subregional. Además, 11 países llevan adelantada la preparación de sus informes y cinco países apenas han comenzado a elaborarlos. Canadá y Estados Unidos de América han emprendido labores especiales como asociados internacionales con respecto a los ODM en la Región. Por ejemplo, Canadá ha contraído un compromiso financiero importante con la estrategia “tres millones para 2005” de la OMS. Bolivia, Honduras y Nicaragua figuran en el primer grupo de países que recibirán de Estados Unidos ayuda para el desarrollo por medio de la Cuenta para Afrontar las Cuestiones del Milenio (*Millenium Challenge Account*).

6. La importancia de que los países hagan suyo el proceso de los ODM se abordó en la conferencia de alto nivel celebrada en Brasilia el 17 de noviembre de 2003, entablada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial, el PNUD y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en conjunto con el Gobierno de Brasil. A la conferencia asistieron líderes políticos y representantes de organizaciones regionales de toda América que destacaron la importancia de lograr un consenso político para llevar a la práctica los objetivos de la Declaración del Milenio en el continente. La Declaración de Brasilia que resultó de dicha conferencia es un exhorto a la acción y a la ejecución,¹ y refuerza el principio de la asociación inherente a los objetivos de la Declaración del Milenio y puntualiza las responsabilidades de los gobiernos, los legisladores, la sociedad civil y la comunidad internacional. También destaca cómo los objetivos y las metas de la Declaración del Milenio, entre ellos los objetivos relacionados con la salud, respaldan y refuerzan los mandatos y las prioridades adoptadas en las Cumbres de las Américas.

7. En efecto, la Primera Cumbre de las Américas (Miami, 1994) respaldó el firme compromiso de lograr el acceso equitativo a los servicios básicos de salud, de acuerdo con las recomendaciones de la OPS.² En la Cumbre de Santiago de 1998, se hizo hincapié

¹ Banco Interamericano de Desarrollo, Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, Gobierno del Brasil, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Banco Mundial. *Declaración de Brasilia: Propuesta para Ejecutar los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, 17 de noviembre de 2003.

² Red de información de la Cumbre de las Américas. Salud: Primera Cumbre de las Américas, Miami, Estados Unidos (diciembre de 1994) [Página de Internet]. Disponible en:

en crear e implantar tecnología sanitaria de bajo costo y eficaz con el apoyo técnico de la OPS, como un medio para erradicar la pobreza.³ En la Tercera Cumbre de las Américas, celebrada en Quebec en 2001, se dio prioridad a la eliminación de la pobreza dentro de un contexto de equidad, gobernanza democrática y sostenibilidad ambiental, y se pidió la cooperación técnica continua en materia de salud de la OPS y otras organizaciones internacionales.⁴ En la Cumbre Especial de las Américas de 2003, los gobiernos de la Región aprobaron la Declaración de Nuevo León, que esboza tres objetivos estrechamente vinculados para mejorar el bienestar de los pueblos americanos, a saber: crecimiento económico con equidad para reducir la pobreza, desarrollo social y gobernanza democrática. En relación con la salud, la protección social en materia de salud se consideró un elemento esencial para el progreso nacional y los países se comprometieron a adoptar estrategias más amplias de prevención, atención y promoción, haciendo particular hincapié en los segmentos más vulnerables de la sociedad. La infección por el VIH/SIDA se consideró como un motivo de preocupación particular, junto con las enfermedades emergentes y reemergentes, entre ellas la malaria, la tuberculosis y otras. Se solicitó la cooperación técnica reforzada de la OPS para poner en práctica las actividades integrales de salud pública para controlar estas enfermedades.⁵ Está en marcha un proceso que velará por que los ODM constituyan un elemento importante de la próxima Cumbre de las Américas, que se celebrará en 2005, en Argentina, lo cual brindará una oportunidad excelente de subrayar la importancia de las inversiones en salud.

¿Dónde se encuentra la Región de las Américas en cuanto al cumplimiento de los ODM relacionados con la salud?

8. Un análisis reciente indica que ningún país americano tiene probabilidades de alcanzar todas las metas de los ODM. En realidad, algunas de las mayores dificultades que deben superar estos países se encuentran en el ámbito de la salud. Actualmente, la Región considerada en conjunto no parece estar lista para alcanzar los objetivos tan ambiciosos fijados para la mortalidad infantil y materna, aunque la situación varía considerablemente entre los países y según los diferentes grupos de población, así como entre los indicadores del cumplimiento de los objetivos. La definición de umbrales

<http://summitoftheAmericas.org/Miami%20Summit/Health.htm>. 23 de julio de 2004.

³ Red de información de la Cumbre de las Américas. Segunda Cumbre de las Américas: Tecnologías de la salud. [Página de Internet]. Disponible en:

<http://www.summitoftheamericas.org/Health-Malnutritio/health.htm>. 23 de julio de 2004.

⁴ Red de información de la Cumbre de las Américas. Plan de acción. [Página de Internet]. Disponible en: <http://www.summitoftheamericas.org/Documents%20for%20Quebec%20City%20Summit/planofaction-template-eng.htm#Health>. 23 de julio de 2004.

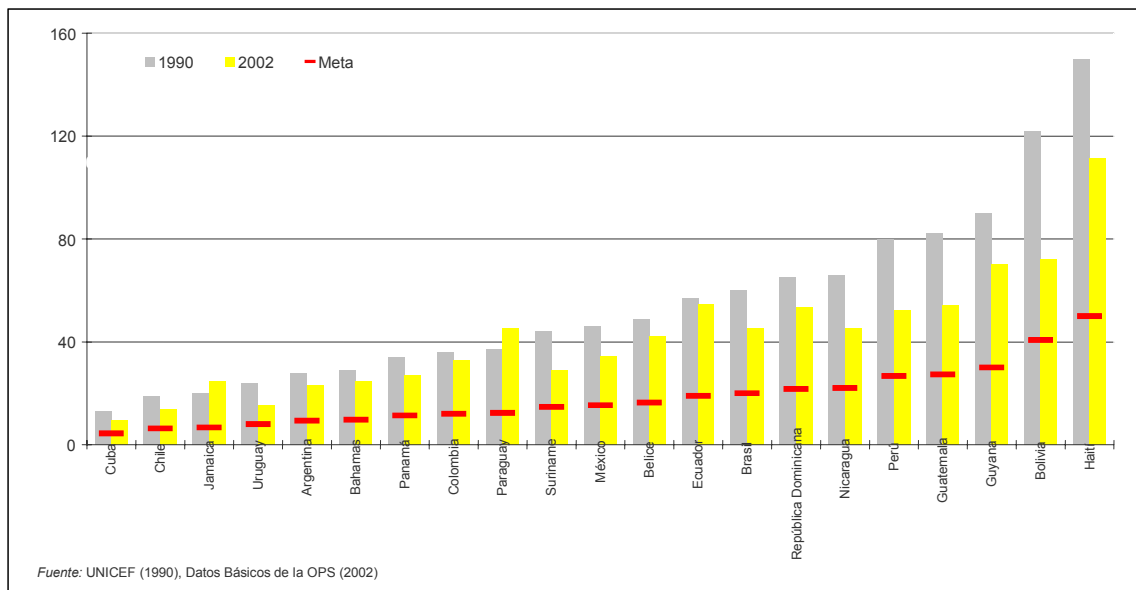
⁵ Red de información de la Cumbre de las Américas. Cumbre de las Américas Especial, Monterrey, México. Declaración de Nuevo León. Disponible en:

<http://www.summit-americas.org/SpecialSummit/Declarations/Declaration%20of%20Nuevo%20Leon%20-%20final.pdf>. 23 de julio de 2004.

cuantificables críticos renueva el sentido de urgencia y brinda un marco que va más allá de la perspectiva sectorial desde la que suelen enfocarse asuntos como la educación, la salud o el ambiente.

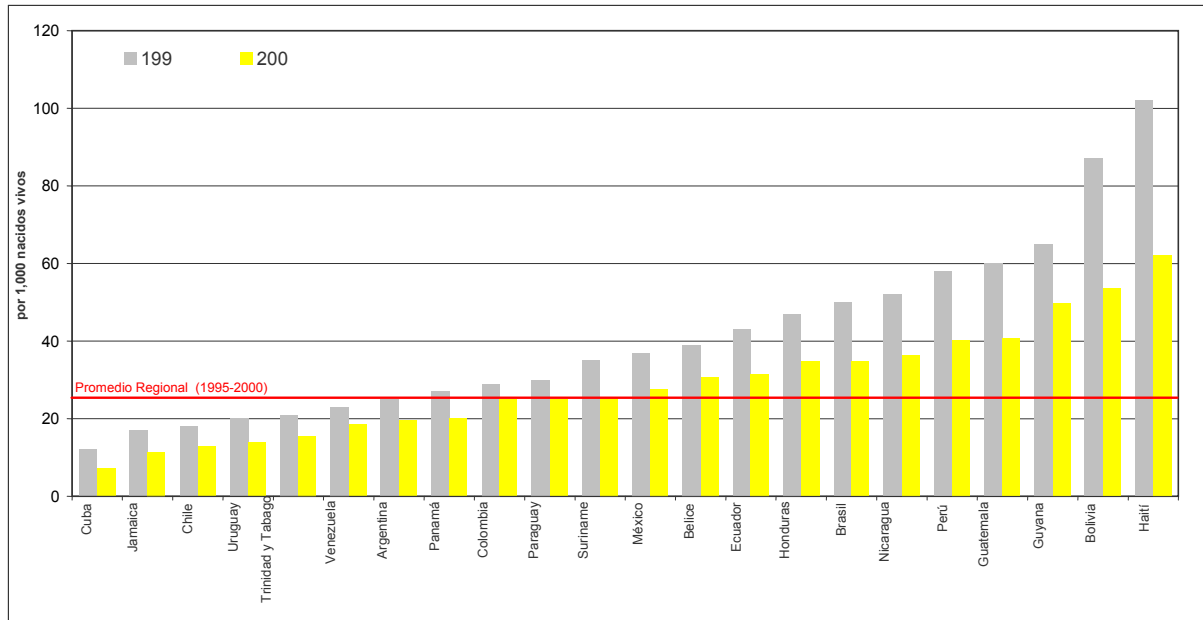
9. *Objetivo 4: La mortalidad infantil.* El análisis de las tendencias indica que, de continuar las tendencias actuales, la reducción de la mortalidad infantil y de menores de 5 años alcanzaría 54%, cifra muy por debajo de las dos terceras partes establecidas en los objetivos.⁶ Como se ilustra en los gráficos 1 y 2, la situación de ambos indicadores en las Américas, así como el progreso hacia el cumplimiento del objetivo entre 1990 y 2002, son diferentes. En 2003, la mortalidad infantil variaba entre 5,3 por 1.000 nacidos vivos en Canadá y 80,3 por 1.000 en Haití. También se compara la situación de la cobertura de la vacuna antisarampionosa para 2001 (gráfico 3), cuyo promedio regional fue de 91%.

Gráfico 1. Mortalidad de menores de 5 años en algunos países de la Región de las Américas, meta de los ODM correspondiente a 1990, 2002 y 2015



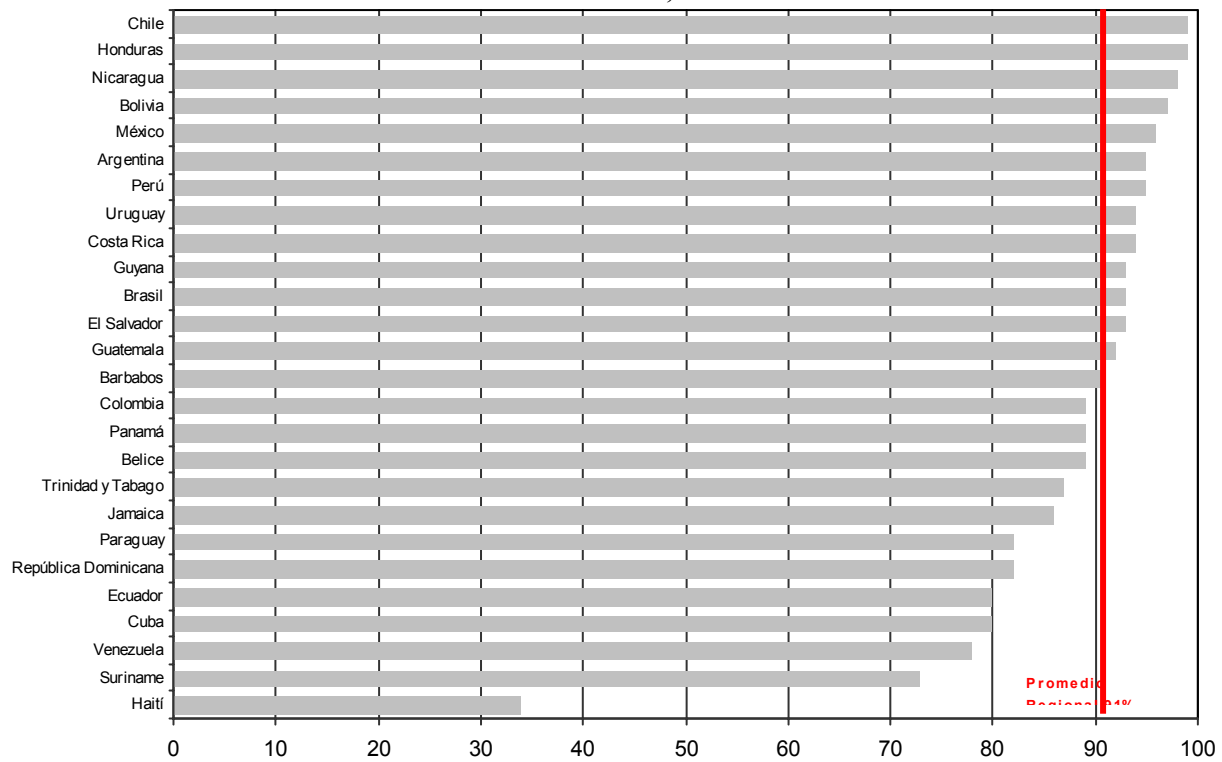
⁶ Torres C, Mujica OJ. Health, Equity, and the Millennium Development Goals. *Pan American Journal of Public Health* 2004;15(6):430-439.

**Gráfico 2. Tasa de mortalidad infantil en algunos países de las Américas
 1990 y 2003**



Fuente: UNICEF (1990), Datos básicos de la OPS, 2003.

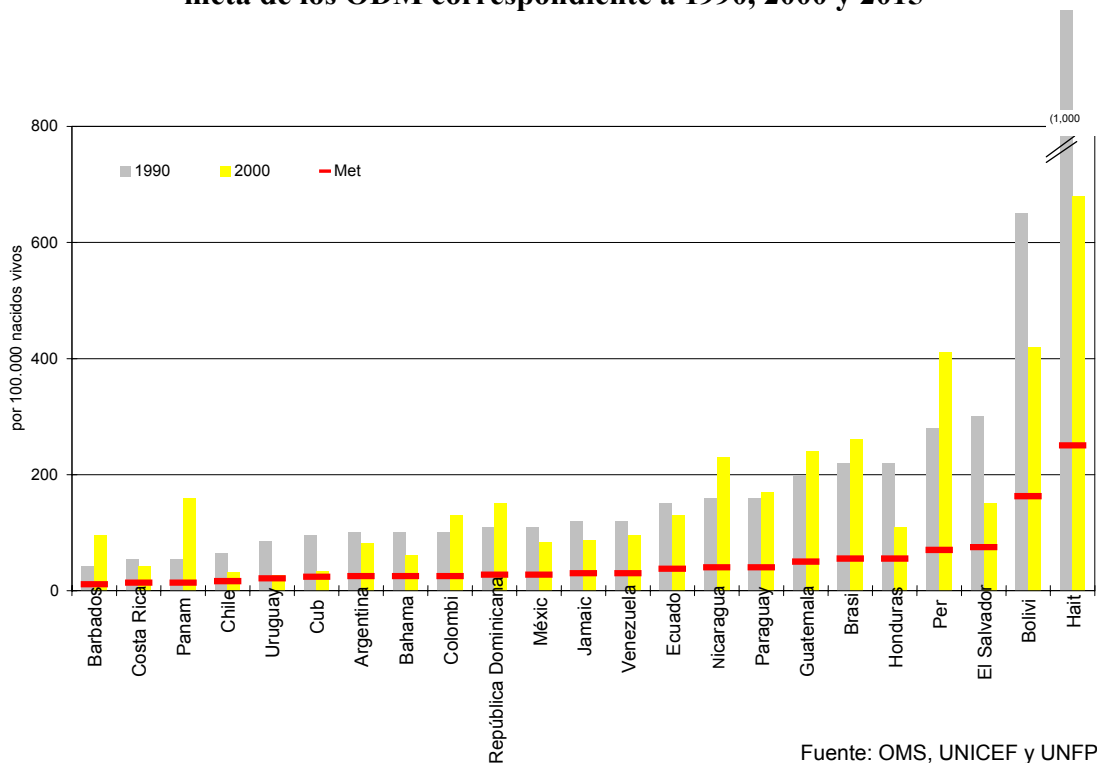
Gráfico 3. Cobertura de la vacuna antisarampionosa en algunos países de las Américas, 2001



Fuente: Datos básicos de la OPS (2003)

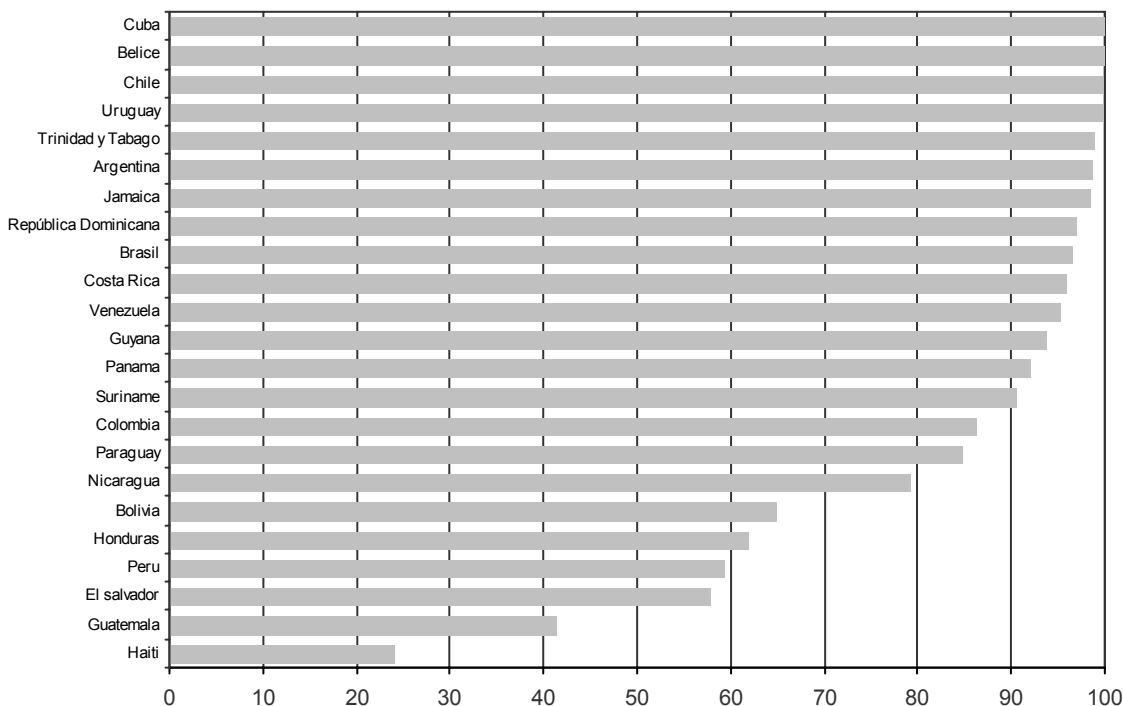
10. *Objetivo 5. Mortalidad materna.* Los cálculos mostrados en el gráfico 4 indican que la situación de la mortalidad materna también es sumamente variada, como lo es también el acceso a personal adiestrado en el momento de dar a luz (gráfico 5). En 2000, se calculó que la razón de mortalidad materna era de 16 por 100.000 nacidos vivos en Cuba y de 680 por 100.000 nacidos vivos en Haití. Durante el decenio pasado, algunos países registraron un aumento de la mortalidad materna, y otros, una disminución importante. Más aún, los cálculos del BID muestran que la reducción anual que se necesita entre 2000 y 2015 para alcanzar la meta varía notablemente, desde 1,6% en Uruguay hasta 15,1% en Panamá.⁷

**Gráfico 4. Mortalidad materna en algunos países de las Américas:
 meta de los ODM correspondiente a 1990, 2000 y 2015**



⁷ Banco Interamericano de Desarrollo. *Los Objetivos del Milenio en América Latina y el Caribe: Retos, acciones y compromisos*. Washington, DC: BID; 2004.

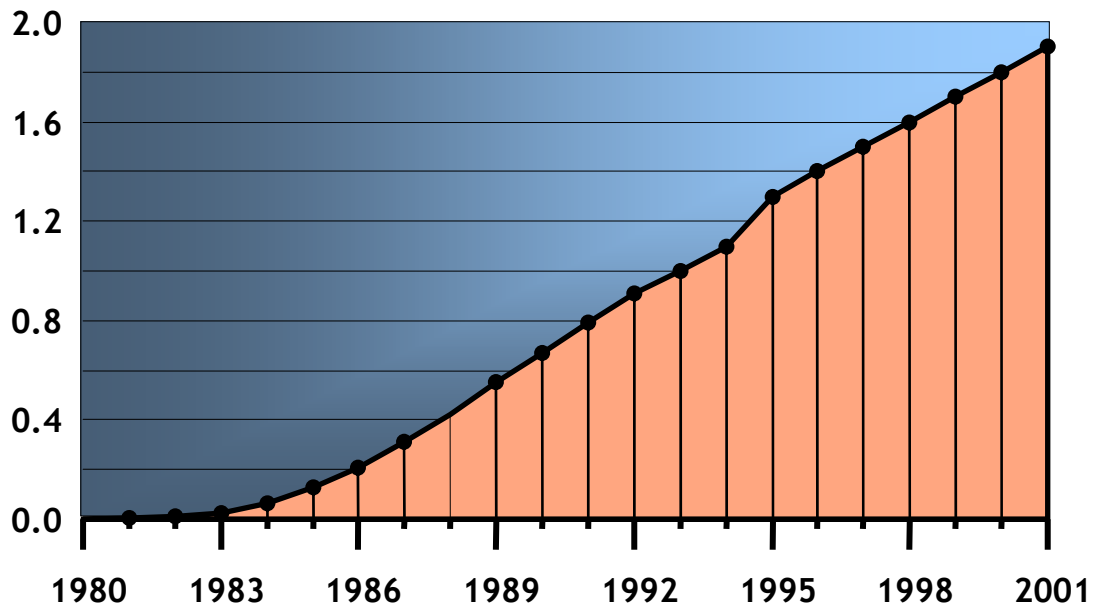
Gráfico 5. Porcentaje de nacimientos asistidos por personal adiestrado en algunos países de América Latina y el Caribe (hacia el año 2000)



Fuente: Datos Básicos de la OPS (2003)

11. *Objetivo 6. La infección por el VIH/SIDA.* La epidemia de infección por el VIH/SIDA está bien establecida en el continente, con una prevalencia nacional de por lo menos 1% en 12 países, todos ellos situados en el Caribe, con una prevalencia de infección por el VIH entre mujeres embarazadas superior a 2% en seis de ellos. En la mayoría de los otros países de la Región, las epidemias están más concentradas en ciertas zonas o grupos de población. Actualmente, no se observa en la Región la desaceleración imprescindible para detener y revertir la epidemia para 2015 y cumplir el objetivo (gráfico 6).

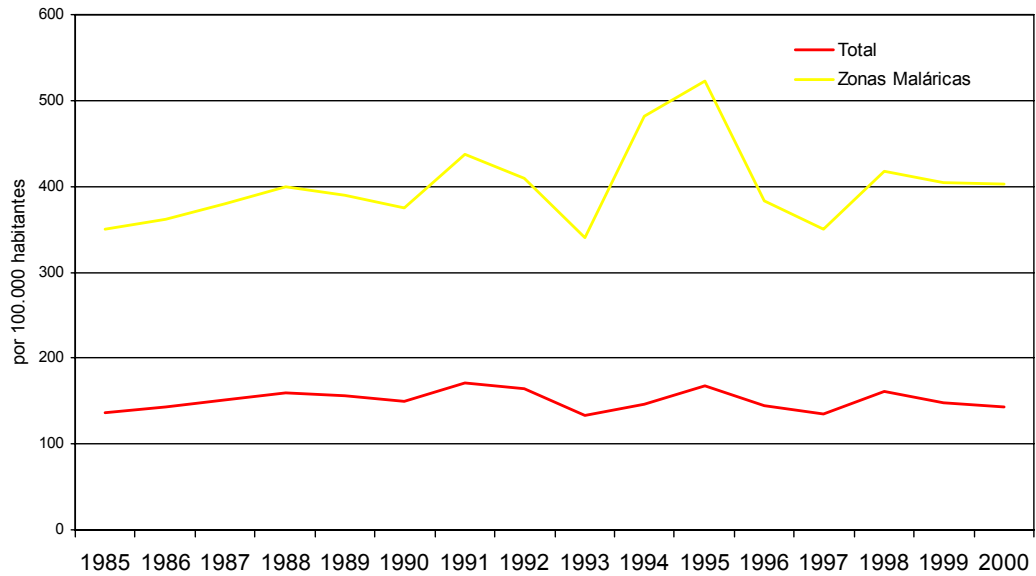
Gráfico 6. Número de personas infectadas por el VIH o aquejadas de SIDA en América Latina y el Caribe (1980-2001) (millones)



Fuente: ONUSIDA

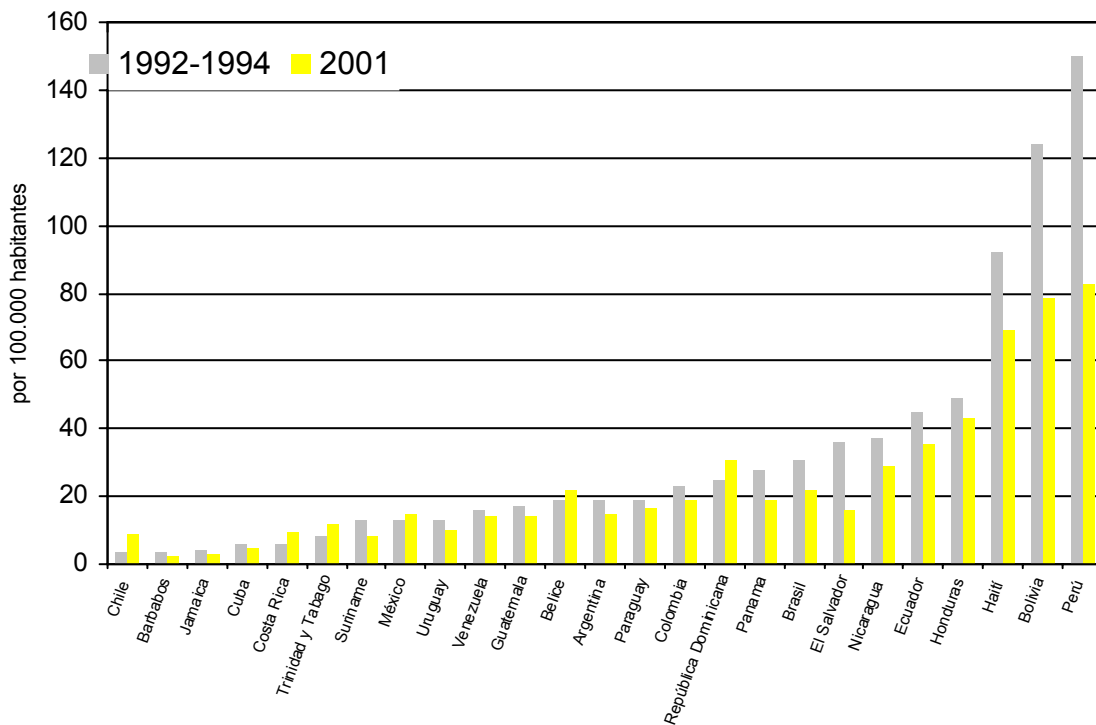
12. *Objetivo 6: La malaria y la tuberculosis.* La incidencia de la malaria varía considerablemente en los países de la Región, pero se calcula que, en 2002, 31% de la población americana vivía en zonas con algún riesgo potencial de transmisión de la enfermedad. Más de 80% de los casos notificados actualmente se originan en los nueve países que comparten la selva amazónica en América del Sur. Dadas las variaciones amplias en la incidencia durante el último decenio, es difícil decir si se podrá cumplir el objetivo de revertir la epidemia (gráfico 7). En 2002, hubo 223.057 casos de tuberculosis en las Américas, 50% de ellos en Brasil y Perú. Las tasas de incidencia en ciertos países de la Región se indican en el gráfico 8. El número total de casos en la Región ha venido disminuyendo levemente desde 1999. Dentro del marco de la estrategia de la OMS para controlar la tuberculosis, las iniciativas en los países del continente se han concentrado en poner en práctica y ampliar la aplicación del tratamiento acortado directamente observado (DOTS), que contribuirá al logro de la meta relativa a la tuberculosis de los ODM. Por lo tanto, hay una función importante y un amplio alcance para la acción conjunta entre los Estados Miembros y la OPS, con el apoyo de otros socios en los países.

Gráfico 7. Tasa de incidencia anual de la malaria en la Región de las Américas (1985-2000)



Fuente: OPS. La salud en las Américas (2002)

Gráfico 8. Incidencia de la tuberculosis en algunos países de las Américas (1992-1994 y 2001)



Fuente: OPS. Folletos de datos básicos, 1995 y 2003

13. *Objetivo 7: El agua y el saneamiento.* La evaluación regional de 2000 llevada a cabo por la OPS en las Américas indicó que hacia el año 2000 la cobertura de abastecimiento de agua potable y de saneamiento en América Latina y el Caribe era de 84,59% y 79,21%, respectivamente. Esta situación es preocupante si se consideran los números absolutos, ya que en la Región hay 77 millones de personas sin acceso al abastecimiento de agua potable (gráfico 9), y 103 millones que no disponen de instalaciones para el saneamiento y la eliminación de aguas residuales y desechos. La situación podría ser grave en cuanto a vulnerabilidad porque cerca de 54.000 de las personas consideradas bajo cobertura reciben agua mediante los sistemas de "acceso fácil", y 152 millones sólo cuentan con instalaciones de saneamiento locales, como letrinas y fosas sépticas, entre otras. Estas opciones tecnológicas no garantizan la prestación de servicios de calidad, incluido el acceso al agua potable. En 1995, únicamente 23 países notificaron que el abastecimiento de agua potable en las zonas urbanas cumplía con las normas de seguridad de la OMS. Lo anterior no es válido para las zonas rurales. En efecto, se constata que en la Región hay desigualdades graves en el acceso al agua, generalmente vinculadas con los ingresos y el lugar de residencia.⁸

⁸ Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Salud y Medio Ambiente. Informe Regional sobre la Evaluación 2000 en la Región de las Américas. Agua y Saneamiento, estado actual. Washington, DC; 2001.

punto de contacto muy fuerte y dinámico entre la pobreza y la salud, una de las principales dificultades para el cumplimiento de los ODM reside en el avance para lograr el objetivo 1 —reducir a la mitad la pobreza y el hambre en 2015— porque muchos otros objetivos dependen del crecimiento económico y de la reducción de la pobreza. En las Américas, el enfoque en la reducción de las desigualdades, sobre todo en el ámbito de la salud, tiene una importancia particular y constituirá el núcleo de la estrategia de la OPS para ayudar a los Estados Miembros a cumplir los ODM.

16. La Región de las Américas es una de las que registra más desigualdades en el mundo. Algunos de los coeficientes de Gini para la desigualdad del ingreso en 1999 eran de 0,5 en el Perú, 0,6 en Bolivia, 0,59 en Nicaragua y 0,64 en Brasil.¹⁰ El coeficiente de Gini regional para la mortalidad infantil en 1997 era de 0,33¹¹; un informe reciente de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) muestra que está aumentando el número de personas pobres en la Región.¹² Los modelos de simulación de 18 países de América Latina y el Caribe indican que, de continuar las tendencias actuales, solo 7 de los 18 países alcanzarían los objetivos de reducción de la pobreza en 2015. Estos países son Argentina (antes de las crisis), Chile, Colombia, Honduras, Panamá, República Dominicana y Uruguay. Otro grupo de seis países seguiría reduciendo la incidencia de la pobreza extrema, pero a una tasa muy lenta; ellos son Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México y Nicaragua. Los otros cinco países —Bolivia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela— registrarían un ascenso de los niveles de pobreza extrema y nunca alcanzarían las metas, a menos que las tasas de pobreza experimentaran un importante cambio de trayectoria¹³.

17. La mala salud es un aspecto de la pobreza, y más allá de él, cerrar las brechas entre los individuos pobres y los que está en mejor situación en los países y entre ellos es también una cuestión de justicia social y equidad. Por otro lado, el hecho de que la mala salud y sus factores correlacionados generen pobreza es otra dimensión del debate sobre la equidad y la salud vinculada a la pobreza.¹⁴ En ese sentido, abordar la carga de morbilidad de las poblaciones pobres y vulnerables en las Américas, incluidas las condiciones vinculadas con los ODM y las ajenas a estos, ayudará considerablemente a reducir la pobreza.

¹⁰ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Instituto de Investigación Económica Aplicada, Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas. *Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en América Latina y el Caribe*. 2002. (Libros de la CEPAL No. 70)

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. *Health in the Americas, 2002 Edition*. Washington, DC: OPS; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 587).

¹² *Ibidem*, nota 10.

¹³ *Ibidem*, nota 10.

¹⁴ Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Documento de trabajo WG1.5: Poverty and Health. Marzo de 2001.

18. Por último, el camino por delante pasa por un enfoque panamericano de los ODM que aborde el sentir expresado en la Declaración del Milenio en cuanto a una responsabilidad compartida entre los países con respecto al desarrollo sanitario y social. El *Informe sobre el Desarrollo Humano* publicado por el PNUD en 2003 se refiere a esta responsabilidad compartida entre los principales interesados directos como el Pacto de Desarrollo del Milenio. Los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones internacionales necesitan establecer nuevos tipos de asociaciones para que se logren adelantos. Los países de las Américas tienen la posibilidad de encabezar este tipo de desarrollo.

Contexto político de los ODM e implicaciones para el enfoque de la OPS

19. Solo mediante la intensificación de los esfuerzos colectivos nacionales e internacionales podrán los países cumplir con los compromisos y las metas que entrañan los ODM. Esto no solo se debe a la falta de buen gobierno en los países y a que la ayuda para el desarrollo es insuficiente. El mundo todavía está adaptándose al impacto diferencial de la reestructuración económica necesaria ante la rápida globalización. Por ejemplo, más de cincuenta países de todo el mundo se tornaron más pobres durante el último decenio, y varios países americanos están haciendo frente a un deterioro económico o a una disminución del crecimiento considerable. Una de las características más resaltantes del último decenio ha sido el desarrollo sumamente desigual y el aumento de las inequidades a escala mundial. Esto ha sucedido durante el período 1999-2002 en la Región de las Américas, donde la tasa promedio de pobreza disminuyó, pero donde hay gran heterogeneidad en las proyecciones de pobreza. Aunque en ese período algunos países tuvieron un aumento en el ingreso per cápita, en la mayoría de ellos se constataron disminuciones considerables de dicho indicador.¹⁵

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

21. Otra inquietud para muchos países americanos reside en las esferas principales de la Declaración del Milenio sobre las responsabilidades compartidas que se abordan en el objetivo 8, sobre todo el acceso a los mercados mundiales y las nuevas tecnologías. En la Declaración se hace mención especial de las necesidades particulares de los países sin litoral y de los pequeños estados insulares en desarrollo. Puesto que los ODM se centran

¹⁵ Ibidem, nota 7.

en la equidad, son importantes para todos los países de las Américas, no solo para los más pobres. Dado que la Región se caracteriza por algunas de las tasas de desigualdad social más altas en el mundo, es esencial que los países de ingresos medianos aborden las inequidades y las brechas en el desarrollo dentro de un marco de derechos humanos y con una perspectiva de género, considerando que la falta de equidad suele expresarse en su forma más aguda en las desigualdades de salud. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en Brasil muestra una brecha significativa cuando se analiza por raza: en Bahía, un estado donde predomina la población de origen africano, la tasa es de 51 por 1.000 nacidos vivos, el doble de la de los estados con una mayoría de población blanca, como São Paulo o Rio Grande do Sul (24,63 por 1.000 nacidos vivos).

22. Durante el último decenio, los países de la Región han estado expuestos al aumento de los riesgos sociales y económicos en el contexto de la reestructuración mundial, la inestabilidad política y, en varios de ellos, la lucha civil. Por consiguiente, la función de la OPS abarcará no solo el apoyo para la ejecución de las intervenciones y el monitoreo del progreso logrado en los respectivos objetivos y metas de salud, sino también un análisis sistemático de la repercusión de los factores determinantes más grandes, tanto contextuales como de política —acuerdos comerciales, políticas económicas, políticas de inmigración, etc.— sobre la salud. Por ende, cobra nueva importancia la labor de la OPS en la tarea primordial de establecer sistemas ampliados de protección social en la Región. De manera análoga, aumenta la pertinencia de la cooperación entre la OPS, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo por conducto de la Agenda Compartida y del establecimiento de alianzas estratégicas.

23. El Pacto de Desarrollo del Milenio propuesto por el PNUD aplica un nuevo principio: en lugar de permitir que el nivel actual de los recursos determine el ritmo del desarrollo, los gobiernos de los países, tanto ricos como pobres, así como las instituciones internacionales, deberían empezar a preguntarse qué recursos se necesitan para cumplir los ODM. La mayoría de los cálculos apuntan hacia una cifra de por lo menos US\$ 50.000 millones anualmente, en todo el mundo, en ayuda complementaria; es decir, el doble de los niveles de ayuda actuales. Estos análisis se están llevando a cabo cada vez más a nivel de país para evaluar la capacidad de absorción del país y el potencial para aumentar las intervenciones. En todo el mundo se están realizando varias actividades de prueba para calcular el costo de las iniciativas para cumplir los ODM, dirigidas por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas; una de ellas se ha planificado en la República Dominicana.

24. Como consecuencia de las tareas inconclusas en el ámbito de la salud de muchos países, hay una inquietud considerable debido a que la ayuda exterior para el desarrollo se ha alejado de la Región de las Américas. Un análisis reciente del comité de desarrollo

del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial¹⁶ muestra claramente que los aumentos de esa ayuda, por moderados que fuesen, podrían ayudar considerablemente a los países de ingresos medianos bajos a avanzar más rápidamente hacia el cumplimiento de los ODM. Se requiere examinar más de cerca la inversión insuficiente que algunos países hacen en materia de salud como porcentaje del PIB, así como la función de la ayuda exterior para el desarrollo para respaldar las soluciones de desarrollo sostenible. La labor de la OPS al ayudar a los países a que mejoren y amplíen sus sistemas de salud ayudará a racionalizar las prácticas de asignación de los recursos tanto para la inversión interna como para la ayuda exterior para el desarrollo en materia de salud.

25. Para los países de de ingresos medios altos, este análisis indica que, si bien el grueso de los recursos para cumplir los ODM debe provenir de fuentes internas, la ayuda exterior para el desarrollo debe complementar y apoyar las políticas nacionales expresadas claramente que abordan la exclusión social y se concentran en regiones, problemas o grupos de población particulares. Esto destaca la necesidad de la ayuda externa para el desarrollo con miras a apoyar las medidas a nivel infranacional, especialmente en el caso de los países grandes.

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

- la brecha operativa que existe entre ampliar los sistemas de salud y la infraestructura de salud pública;
- la brecha estructural con respecto a la ampliación de la protección social en materia de salud;
- la brecha de gobernanza con respecto a la inclusión de segmentos amplios del gobierno y la sociedad en una iniciativa verdaderamente intersectorial y participativa;
- la brecha de equidad con respecto a la atención de las necesidades de salud de los más pobres.

¹⁶ International Monetary Fund and World Bank. Achieving the MDGs and Related Outcomes: A Framework for Monitoring Policies and Actions. 26 de marzo de 2003. (No. DC2003-0003).

¿Cómo está avanzando la OPS?

27. La OPS participa actualmente en una iniciativa importante para integrar los ODM en su programa de trabajo en los planos de país y regional, con miras a fortalecer el apoyo a los países para el cumplimiento de los ODM. Sin duda, la orientación de los ODM hacia la equidad en materia de política y estrategia tiene consecuencias para la labor de la Organización a nivel de país.

28. Se han establecido estos ocho objetivos estratégicos generales:

- Promoción de la causa: Aumentar la sensibilidad acerca de las prioridades de salud fijadas por los ODM por medio de una gama amplia de diálogos de política, alianzas y acción intersectorial en toda la Región de las Américas.
- Política: Intensificar las actividades de desarrollo sanitario nacional para abordar los problemas de subfinanciamiento del sistema sanitario en los países prioritarios y lograr la protección social en materia de salud, al objeto de apoyar el avance hacia el cumplimiento de los ODM e integrar el trabajo relativo a los ODM a las iniciativas relacionadas con los objetivos y las metas de salud, y las políticas sanitarias orientadas a los resultados en las Américas.
- Cooperación técnica: Apoyar a los países en la ejecución de sus estrategias nacionales según se apliquen a los ODM enfocados a la salud.
- Integración: Integrar el trabajo en materia de los ODM con otras iniciativas estratégicas en el desarrollo sanitario en la Región de las Américas, tales como la formulación de metas nacionales de salud e iniciativas regionales de salud. Algunos ejemplos son la Estrategia Regional para Reducir la Morbilidad y la Mortalidad Maternas, y la Agenda Compartida de Salud firmada entre el BID, el Banco Mundial y la OPS.
- Alianzas: A nivel nacional, iniciar y aumentar la cooperación con diversos interesados directos, además del sector de la salud, sobre todo con legisladores, ministros de finanzas, coordinadores de planificación y desarrollo, política social y otros considerados como instituciones y actores clave para la ejecución y el cumplimiento de los OM a nivel de país. A nivel internacional, mejorar la cooperación interinstitucional en materia del trabajo relacionado con los ODM para apoyar a los Estados Miembros.
- Empoderamiento: Aumentar los conocimientos sobre salud y el empoderamiento de las comunidades mediante una participación importante de la sociedad civil en

conjunto para cumplir los ODM, con el propósito especial de incluir a los grupos étnicos, las poblaciones indígenas y las mujeres.

- Vigilancia: Mejorar la medición y la vigilancia del progreso mediante datos de salud desglosados y de buena calidad a los niveles regional, subregional y de país.
- Investigación: Empezar investigaciones para fortalecer la base de pruebas científicas y generar nuevos conocimientos, estudiar las sinergias para la salud y el desarrollo entre los objetivos, y realizar estudios sobre política que sigan el proceso político al objeto de que se mantenga el compromiso de cumplir los ODM, así como la repercusión en la salud de las metas contempladas en el objetivo 8.

29. Todos los niveles de la OPS —las representaciones de la OPS/OMS, los centros panamericanos y la Sede— están trabajando juntos de nuevas maneras y en estrecha colaboración con los gobiernos para responder con la urgencia exigida por el proceso de los ODM. Un factor fundamental es contribuir a la respuesta nacional y a las asociaciones y alianzas estratégicas que se requieren en los países, para lo cual las representaciones de la OPS/OMS brindarán apoyo a escala nacional. A nivel de país, la OPS tiene una función dual: la de conectar el proceso de los ODM relacionados con la salud con las tentativas de todo el sistema de las Naciones Unidas, y la de ayudar a los Estados Miembros a impulsar políticas sanitarias nacionales para alcanzar los ODM.

30. Los procesos y el producto de vigilar el cumplimiento de los ODM deben efectuarlos y dirigirlos el país. Ello abarca la definición de cómo se aplican los ODM a la situación de país y cómo debe abordarse su cumplimiento por medio de las estrategias, las políticas y los programas nacionales de desarrollo. En muchos países, esto exige el diseño de sistemas estadísticos sostenibles y de las destrezas para analizar y utilizar los datos destinados a la formulación de políticas y a la programación. Esto se está llevando a cabo en muchos países por conducto de la Iniciativa de Datos Básicos en Salud y otras actividades de cooperación técnica para apoyar el desarrollo de los sistemas nacionales de información sanitaria. Los marcos nacionales de planificación y políticas definidos por el sistema de las Naciones Unidas y por las instituciones de Bretton Woods, tales como las evaluaciones comunes de los países y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD), del primero, y los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP), del Banco Mundial, si bien tiene propósitos, plazos y contenido diferentes pueden ayudar en la ejecución y la vigilancia del cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio.

31. Dentro de su programa de trabajo aprobado, la OPS concibe los ODM como un punto de acceso más para fortalecer la inversión en salud y colocar a la salud en un nivel prioritario de la agenda política de los países; las entidades subregionales como el Tratado de Cooperación Amazónica, la Comunidad Andina, la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Sistema de Integración Centroamericana, el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y las organizaciones regionales. Por ejemplo, los ODM fueron un tema de discusión en la última Reunión del Sector de Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), celebrada en la República Dominicana en julio de 2004. Se requiere desplegar más esfuerzos en la Región para colaborar con las muchas organizaciones e interesados directos al objeto de establecer el compromiso político y financiero que se necesita a nivel de país.

32. Se está fortaleciendo la cooperación con las iniciativas de la OMS relacionadas con los ODM. Durante la última reunión del Foro de Alto Nivel sobre los ODM relacionados con la Salud, celebrada en enero de 2004 en la sede de la OMS, en Ginebra, varias organizaciones trataron problemas clave, como los recursos y la ayuda para cumplir los ODM, los recursos humanos para la salud y la vigilancia. Estas iniciativas también estarán estrechamente vinculadas con la formulación del Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, que —precisamente por el compromiso contraído por la OMS con los ODM— se extenderá por un período más amplio, es decir, llegará hasta 2015. En noviembre de 2005, se celebrará en Costa Rica una reunión interregional de la OMS sobre los ODM, que contará con la participación de todas las regiones de la OMS y cuya finalidad será idear una estrategia y visión común respecto de los ODM, así como aprender de la experiencia obtenida en las Américas.

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

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

34. Independientemente del enfoque pormenorizado, tal criterio permite ver la sinergia existente entre las metas sanitarias y las de otra índole de los ODM, como una contribución a la reducción de la pobreza y a una mejor calidad de vida.

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

La equidad en primer lugar: poblaciones y países prioritarios

36. La OPS ha definido un grupo de países prioritarios para concentrar los esfuerzos de la cooperación técnica durante los próximos años, a saber: Bolivia, Honduras, Nicaragua y Guyana —todos ellos países de los documentos de estrategia de reducción de la pobreza (Banco Mundial)— y Haití. De este grupo, un análisis reciente de la CEPAL indica que Bolivia probablemente registrará aumentos de la inequidad, y el avance de Nicaragua hacia la reducción de la pobreza será más lento que lo deseado. Una combinación de análisis socioeconómicos de la OPS, los documentos de estrategia de reducción de la pobreza y la CEPAL determina el siguiente conjunto de países prioritarios que necesitarán ayuda urgente para el proceso de los ODM: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela.

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

38. Estas disparidades enormes no serán resueltas por el crecimiento económico acumulado solamente, sino que exigirán intervenciones sistemáticas para crear más equidad, por ejemplo, en el acceso a la salud de los grupos y zonas de alto riesgo. Los resultados indican sistemáticamente que incluso reducciones pequeñas de la desigualdad

pueden tener repercusiones muy grandes en la reducción de la pobreza. Este criterio hace necesario vincular la estrategia de los ODM de la OPS con, por ejemplo, los pobres de las zonas rurales en regiones desatendidas, los grupos marginales urbanos (como los jóvenes desempleados) o los hogares encabezados por mujeres. Los ejemplos son la costa del Pacífico de Colombia, la costa atlántica de Honduras y el Nordeste brasileño. El hecho de que estas zonas oprimidas suelen ser también zonas fronterizas significa que cualquier estrategia necesitará basarse en la coordinación bilateral y hasta en estrategias subregionales que incluyan a un grupo de países.

Velar por un método integrador de los ODM

39. El cumplimiento de los ODM implica una reorientación importante de las prioridades políticas y de los flujos de los recursos dentro de los países, lo cual pone de relieve la necesidad de vincular claramente el trabajo relativo a los ODM con la labor de la OPS en los sistemas de salud, las funciones esenciales de salud pública, la formación de recursos humanos y la creación de programas específicos para determinadas enfermedades y ciertos grupos de población. La OPS se concentrará particularmente en apoyar a los países para formular un método integrado a los ODM, basándose en su trabajo no solo en las esferas programáticas respectivas, como la salud maternoinfantil o el control de las enfermedades infecciosas, sino que lo integrará a sus actividades para el desarrollo de sistemas y servicios de salud, y para la protección social. El centro de interés será la sinergia necesaria entre las diferentes dimensiones de la salud que se abordan en los objetivos y los diferentes niveles de la responsabilidad sectorial. Ya se han establecido varios grupos de trabajo para permitir este punto de contacto, entre otros, los vínculos a la iniciativa de "tres millones para 2005" y la estrategia de atención primaria de salud.

40. El grupo de trabajo de atención primaria de salud de la OPS ha definido los Objetivos de Desarrollo del Milenio como un punto principal de sus análisis y los considera una oportunidad política importante para renovar las estrategias de salud para todos y de atención primaria de salud en la Región. Al mismo tiempo, la atención primaria de salud se considera una estrategia fundamental para el cumplimiento de los ODM pues proporciona una buena plataforma para ampliar los sistemas de salud, hacer hincapié en los problemas de equidad, integrar los enfoques verticales en los lugares donde se presta el servicio y fortalecer la colaboración intersectorial y la participación social en materia de salud.

41. El trabajo de la OPS en materia de protección social es también fundamental para el cumplimiento de los ODM. En efecto, a pesar de las reformas realizadas en los últimos 20 años en el sector de la salud de la Región, un porcentaje importante de la población todavía está excluido de los mecanismos de protección social contra los riesgos de

enfermedades y sus consecuencias, y la exclusión social no figura como prioridad clara en las agendas políticas.¹⁷

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

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

44. En las conversaciones con los donantes la OPS también tendrá en cuenta los nuevos principios que están surgiendo en la asistencia para el desarrollo. Deberá entregarse un porcentaje mucho mayor de ayuda, de tal forma que se puedan financiar los costos en aumento necesarios para cumplir los ODM. La ayuda deberá ser oportuna y predecible para iniciar y mantener las reformas. Los donantes tienen que aceptar las prioridades del país en cuanto a los objetivos y las metas nacionales; pasar del financiamiento de proyectos a las subvenciones y el financiamiento directos, según sea el caso; y estar dispuestos a afrontar mayores costos concurrentes de los programas de salud por medio del presupuesto o con apoyo de todo el sector o el financiamiento de programas sectoriales bien diseñados. Los países, a su vez, tendrán que mostrar mayor

¹⁷ Levcovitz E, Acuña C. Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2003; 2(5).

empeño en mejorar la gobernanza de salud con rendición de cuentas y la eficiencia de los sistemas y las instituciones de salud. Habrá una mayor necesidad de monitorear y analizar las actividades destinadas al cumplimiento de los ODM y de dar a conocer ejemplos de políticas adecuadas y de la buena práctica de la gobernanza, así como las lecciones extraídas.

Impulsar un compromiso con las políticas sanitarias que incluyan objetivos y metas de salud cuantificables

45. Los ODM subrayan la necesidad de contar con objetivos cuantificables claros para hacer frente a los retos mundiales, así como de transmitir un mensaje claro de la necesidad prioritaria de invertir en las personas por medio de la salud y la educación. Un principio fundamental de política de los ODM es que la asistencia externa se armonizará mejor con las propias prioridades de desarrollo de un país; además, los países mejoran la calidad de las políticas, las instituciones y la gobernanza cuando se aplican a la ejecución de las medidas necesarias para cumplir los ODM. Para la OPS esto significa que estos objetivos constituyen un punto de acceso complementario para apoyar el buen gobierno en el ámbito de la salud y las políticas sanitarias orientadas a los resultados apropiadas al contexto concreto, ya sea regional, subregional o de país. Asimismo, coinciden con el compromiso continuo de la OPS con una orientación de política de salud pública basada en la universalidad, la solidaridad y la equidad, así como en la responsabilización y la transparencia, por medio de indicadores comunes, y la eficiencia mediante sinergia, colaboración y alianzas.

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

47. Contar por primera vez con un conjunto de objetivos de salud claramente identificables a nivel mundial, que forma parte de una estrategia general de desarrollo y que ha recibido el respaldo de los jefes de Estado y de Gobierno, es de gran valor para el sector de la salud. Se trata de un reconocimiento de la concepción de la salud como un factor clave para el desarrollo social y económico que facilita el acceso a los ministerios de finanzas, planificación y desarrollo. Para los países más pobres de la Región, los ODM relativos a la salud —que cuentan con el compromiso total de los gobiernos y formarán parte de toda estrategia de país para cumplirlos— también representarán un punto de acceso inestimable para introducir la salud en las estrategias de desarrollo socioeconómico y en las agendas de las negociaciones de ayuda internacional para el desarrollo.

48. Entender los ODM como un componente esencial y, a veces, como una fuerza impulsora, de la gobernanza sanitaria e integrarlos como una pieza central del desarrollo sanitario nacional y de los objetivos y las metas nacionales intersectoriales de salud, es un requisito necesario para que los ODM tengan significado al trasladarlos al contexto de la formulación de la política nacional. Esto es esencial, ya que en las Américas los ODM no están presentándose en un vacío sino en un entorno rico en políticas. En decenios recientes, la Región ha experimentado una sucesión de reformas sanitarias que en algunos países han debilitado los sistemas de salud pública y han reducido el acceso a los servicios. Esto se refleja claramente en la dificultad para alcanzar algunos de los ODM de salud.

49. Los países de la Región que disfrutaban de mejor situación económica y han alcanzado los Objetivos de Desarrollo del Milenio con respecto a los promedios nacionales pueden formular objetivos y metas de salud más amplios para integrarlos si fijan metas con referencia especial a grupos y regiones desfavorecidos; de esta manera, brindarán además un incentivo para el establecimiento de objetivos más ambiciosos para la salud de la población, haciendo hincapié en la equidad. Un estudio efectuado por el Banco Mundial¹⁸ señala que una estrategia dirigida a grupos desfavorecidos permitiría cumplir los ODM relacionados con la salud, a la vez que generaría beneficios complementarios en cuanto a la equidad distributiva. Un estudio de la CEPAL indica que las metas de reducción de la pobreza de los ODM solo son factibles si los países logran pasar gradualmente a ser más ricos y menos desiguales, por ejemplo, mediante la combinación de una tasa de crecimiento anual del PIB de 3% y reducciones acumulativas de la desigualdad de cerca de 4%.¹⁹

¹⁸ Gwatkin D. Who Would Gain Most from Efforts to Reach the Millennium Development Goals for Health? En: *Health, Nutrition and Population*. Banco Mundial; diciembre de 2002.

¹⁹ Ibidem, nota 10.

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

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

52. En junio de 2004, tuvo lugar en Ecuador una reunión sobre los Municipios Saludables y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que contó con la participación de la OPS, el PNUD, los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos, el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ) y los alcaldes y directores de las redes municipales de varios países de la Región, que ayudó a definir la función de las autoridades y las redes municipales para avanzar en el cumplimiento de los ODM. Se examinaron los puntos de vista locales, se determinaron las prácticas adecuadas y se comenzó a elaborar un plan de acción conjunto para impulsar el cumplimiento de los ODM al nivel local.

53. La Declaración de Brasilia reconoce el papel importante de la sociedad civil para cumplir los ODM y expresa la esperanza de que el proceso ayude a fortalecer las

instituciones democráticas y apoye la inclusión social, una cultura de paz y los derechos humanos.

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

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

Iniciativas dentro de la OPS

56. En la Oficina del Director de Gestión de Programas se creó un equipo estratégico de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que trabaja en estrecho contacto con el Grupo de Trabajo sobre los ODM creado dentro de la OPS y que agrupa a los puntos focales sobre los ODM designados en todas las áreas programáticas para cada una de las metas directamente pertinentes a la salud, así como puntos focales para el monitoreo, la comunicación y las alianzas mundiales; y puntos focales que representan los asuntos clave de los sistemas: protección social en materia de salud, salud pública, atención primaria de salud, promoción de la salud y salud ambiental. La tarea de este grupo de trabajo es formular las políticas y crear los mecanismos para ayudar a la OPS a mejorar su apoyo a los países en su empeño por cumplir los ODM en las Américas. Se reúne

regularmente para tratar las estrategias, los métodos y el progreso, así como para velar por la integración de las propuestas de acción en el presupuesto por programas. Está apoyado por un sitio en intranet. Las representaciones de la OPS/OMS tendrán acceso total a las deliberaciones de este grupo.

57. En todas las unidades orgánicas de la OPS está en curso una iniciativa de integración. La meta es reorientar el trabajo de las unidades técnicas, forjar alianzas especiales entre programas para coadyuvar al cumplimiento de los objetivos y crear un equipo de apoyo técnico integrado a nivel regional que sea capaz de respaldar las iniciativas de los programas de los países en esta dirección. Se está alentando a una gama amplia de unidades y programas en la Sede, los centros panamericanos y las representaciones de la OPS/OMS para que adapten sus programas según sea el caso.

58. Se han identificado importantes asociados estratégicos para algunas de las metas prioritarias; por ejemplo, la iniciativa de los municipios saludables, la iniciativa de desarrollo local y urbano (véase la meta 11 con relación a residentes de barrios pobres), la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública y el programa sobre género, grupo étnico y salud. El mayor número de programas posible tendrán el cumplimiento de los ODM como parte de su visión y estrategia programáticas y como medio de enlace con otros. La OPS necesitará pasar de iniciativas programáticas compartimentadas a iniciativas sinérgicas de los ODM que puedan vigilarse y evaluarse para determinar su repercusión.

59. Se asigna una alta prioridad a las actividades en las esferas de salud maternoinfantil, infección por el VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, nutrición, y agua y saneamiento. Hay una iniciativa en curso para especificar actividades relacionadas con los ODM en el Presupuesto Bienal por Programas, por ejemplo, destacando los resultados esperados que contribuirán a alcanzar dichos objetivos.

60. Finalmente, los ODM se han abordado con los representantes de la OPS/OMS en las tres reuniones subregionales realizadas en los últimos meses, y actualmente está en marcha una iniciativa para analizar y sistematizar la experiencia a nivel de país con el monitoreo y la ejecución de actividades para apoyar los ODM. En resumen, se está haciendo un esfuerzo considerable tanto para armonizar el trabajo de la OPS con el mandato de los ODM como para hacer que la colaboración de la Organización con los asociados se más sensible a los objetivos.

61. Se enumeran a continuación algunas actividades de la OPS en materia de cooperación técnica que apoyan los Objetivos de Desarrollo del Milenio y están en curso:

- Hasta junio de 2005, apoyar la preparación y realización de la Reunión de los Ministros de Salud y de Medio Ambiente en Mar del Plata (Argentina).
- Mantener y aumentar la cooperación con los socios de la Agenda Compartida, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, para poner en práctica los objetivos a nivel de país, así como con otros socios como PNUD, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA) y la CEPAL. En particular, para fines de 2004, colaborar con la CEPAL para elaborar una publicación interinstitucional sobre los ODM.
- Lograr la participación de la comunidad de salud pública de las Américas, es decir, asociaciones profesionales y escuelas, para alcanzar los ODM. En concreto, para noviembre de 2004, organizar un taller internacional sobre los ODM en el que participen las escuelas y asociaciones de salud pública de las Américas, a fin de crear un marco para su contribución al cumplimiento de los ODM.
- Integrar los ODM en el proceso de desarrollo de la cooperación técnica de salud a escala nacional, particularmente en la programación y el establecimiento de metas. Las experiencias recientes de cooperación técnica en El Salvador y Nicaragua han ido en esta dirección.
- Proseguir los planes de acción municipales para que los ODM involucren a los muchos municipios saludables de toda América en una iniciativa sólida de ODM, haciendo hincapié en las comunidades más pobres. Para fines de 2004, contar con un plan de acción concreto para los municipios saludables, basado en los resultados de la reunión de Ecuador celebrada en junio de 2004.
- Para junio de 2005, realizar estudios de casos exhaustivos de los ODM de salud que proporcionarán un análisis de la situación con base en el cual los países y la OPS puedan fundamentar las acciones para el cumplimiento de los ODM.
- Lograr la participación de agrupaciones subregionales, legisladores y la sociedad civil de toda la Región de las Américas en un diálogo sobre la importancia de los objetivos de salud para el cumplimiento de los ODM.
- Entablar un diálogo intensivo de los ministerios de salud con otros ministerios; por ejemplo, con los ministerios del trabajo acerca de las iniciativas para mejorar las condiciones laborales y la salud de los trabajadores en relación con el objetivo 8, y con los ministerios de educación sobre las sinergias para alcanzar los ODM a fin de lanzar una iniciativa de política intersectorial de alto nivel en toda la Región.

- Realizar un esfuerzo concertado para aumentar los conocimientos en materia de salud de las comunidades más pobres, haciendo hincapié en las esferas prioritarias para el cumplimiento de los ODM, con vínculos fuertes con el objetivo 2 (educación) y el objetivo 3 (el empoderamiento de las mujeres).
- Empezar la iniciativa sobre la responsabilización en materia de la salud en las Américas, cuyo objetivo es aplicar y mejorar los sistemas de información y monitoreo de la OPS y utilizar innovaciones como los sistemas de información geográfica para trazar mapas de los adelantos logrados. Como es de suponer, también hay vínculos con el proyecto de cuentas nacionales de salud. Una iniciativa de este tipo abarcaría no solo medir el progreso en materia de salud con respecto a los ODM, sino también la vigilancia del apoyo y de la forja de alianzas mencionados en el objetivo 8, que exige mayores flujos de recursos y mayor coordinación de donantes a los niveles de país y local.
- Fortalecer la función intelectual y de liderazgo estratégico de la OPS; por ejemplo, en ámbitos como la salud y la seguridad humana, la salud y el comercio, la salud y la democracia, etc.
- Para finales de 2005, formular el presupuesto bienal por programas de la OPS correspondiente a 2006-2007 con referencia explícita al apoyo a los Estados Miembros para que cumplan los ODM.

Intervención del Consejo Directivo

62. Se pide al Consejo Directivo que considere la resolución adjunta (Anexo B), recomendada por el Comité Ejecutivo.

Anexos

Objetivos de desarrollo del Milenio

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

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

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

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

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

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

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

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

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



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



134.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

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

CD45/8 (Esp.)
Anexo B

RESOLUCIÓN

CE134.R8

CONTRIBUCIÓN DE LA OPS AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DE LA DECLARACIÓN DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS

LA 134.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo visto el informe "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud" (documento CE134/10);

Reconociendo la importancia de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas como una estrategia centrada en mejorar la salud de los pueblos de las Américas y reducir las desigualdades existentes dentro de los países y entre estos;

Reconociendo el lugar central de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en las prioridades estratégicas de la OPS, y

Reconociendo la estrategia de la OPS para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio,

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 45.^o CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud" (documento CD45/8);

Reconociendo los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y el fuerte compromiso de los gobiernos de la Región para cumplirlos;

Reconociendo la estrecha relación que existe entre los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y la visión de salud para todos de la OPS/OMS, y

Comprendiendo la importancia de cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas para disminuir las desigualdades de salud en la Región de las Américas,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros :
 - a) A que fortalezcan el compromiso político con los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas a todos los niveles de gobernanza y consideren el cumplimiento de dichos objetivos una prioridad en los planes regionales, subregionales, nacionales y locales de desarrollo económico y social;
 - b) A que aumenten la conciencia y el sentido de propiedad de las prioridades de salud fijadas por los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas a nivel de país mediante una amplia gama de diálogos de política, asociaciones o alianzas y actividades intersectoriales;
 - c) A que fomenten el establecimiento de alianzas y asociaciones para lograr el cumplimiento de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en los foros subregionales políticos y económicos para fortalecer el compromiso de los Estados Miembros con la salud y el desarrollo social con responsabilidad compartida;
 - d) A que intensifiquen las acciones nacionales de desarrollo sanitario y protección social en materia de salud, particularmente en los niveles nacional y subnacional, para apoyar el progreso en la consecución de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;
 - e) A que integren mejor los esfuerzos nacionales para cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas con iniciativas sobre las metas y objetivos de salud, así como políticas sanitarias orientadas a los resultados en las Américas;

- f) A que atraigan a otros socios y aliados y aumentar la cooperación con ellos para llevar adelante el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en los niveles regional, subregional y de país;
- g) A que apoyen la fuerte participación de la sociedad civil a todos los niveles para cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, con vistas a incluir en especial a las mujeres, los grupos étnicos y raciales, y las poblaciones indígenas;
- h) A que mejoren la medición y vigilancia sistemáticas del progreso del cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas mediante la generación de datos sanitarios de gran calidad y desglosados;
- i) A que emprendan, faciliten y apoyen investigaciones para fortalecer la base de pruebas científicas para el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y generar nuevos conocimientos, sobre todo en relación con las sinergias favorables a la salud.

2. Solicitar a la Directora:

- a) Que renueve los esfuerzos para apoyar a los países en la elaboración y ejecución de planes nacionales de acción para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y en la programación eficaz de los recursos de asistencia para el desarrollo;
- b) Que siga utilizando los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas como un elemento decisivo de la cooperación de la OPS en todas las áreas técnicas pertinentes, especialmente para los países y los grupos de población con la mayor necesidad de cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;
- c) Que siga integrando e incorporando los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en el programa de trabajo de la OPS y en la gestión basadas en los resultados;
- d) Que redoble los esfuerzos para movilizar los recursos humanos y económicos, así como las asociaciones y alianzas, necesarios para apoyar a los países de las Américas a poner en práctica sus estrategias nacionales en relación con los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas que se centran en la salud;

- e) Que integre el trabajo de la OPS relacionado con los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en otras actividades estratégicas en materia de desarrollo sanitario en la Región de las Américas, incluidos los esfuerzos desplegados por cuerpos subregionales y regionales, las estrategias de reducción de la pobreza de las Naciones Unidas y los bancos de desarrollo, y la inversión en el fortalecimiento de los sistemas de salud;
- f) Que facilite apoyo técnico para la realización de la reunión regional de ministros de salud que se celebrará en Argentina, en junio del 2005, para evaluar el progreso en el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas relacionados con la salud;
- g) Que vigile continuamente el progreso nacional y regional en el cumplimiento de las metas relacionadas con la salud, evaluar las experiencias y compartir las prácticas más adecuadas entre los países.

(Octava reunión, 25 de junio de 2004)

- - -