



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **46.º CONSEJO DIRECTIVO**

### **57.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 26 al 30 de septiembre de 2005*

---

*Punto 3.2 del orden del día provisional*

CD46/4 (Esp.)  
26 agosto 2005  
ORIGINAL: INGLÉS

### **INFORME ANUAL DE LA DIRECTORA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

#### **AUNAR ESFUERZOS EN PRO DE LA SALUD DE LAS AMÉRICAS**

A los Estados Miembros:

De conformidad con las disposiciones de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe anual 2004-2005 acerca de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. El informe pone de relieve los acontecimientos principales que han tenido lugar a lo largo del período, en el que se ejecutó el programa de cooperación técnica en el marco del Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007, definido por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud.

Mirta Roses Periago  
Directora

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción .....	3
Compromiso con la finalización de la agenda inconclusa .....	4
Forja de consenso para reducir la mortalidad materna en las Américas.....	4
Redes sociales y prevención de la mortalidad infantil.....	8
La salud de los pueblos indígenas y acceso al agua y al saneamiento.....	11
Progreso en el control de la enfermedad de Chagas y otras enfermedades desatendidas .....	14
Seguridad alimentaria y nutricional en el combate contra la pobreza .....	17
Dedicación a proteger los logros de salud .....	18
Movilización para mantener la cobertura de vacunación .....	18
Desarrollo y gobernanza locales: municipios y comunidades sanos .....	21
La salud de las poblaciones fronterizas y la integración subregional.....	23
Renovación de la atención primaria de salud (APS) para fortalecer los sistemas de salud.....	25
Políticas públicas amplias para mejorar la calidad de vida .....	26
Enfrentar juntos los nuevos desafíos .....	34
La lucha contra la infección por el VIH/SIDA .....	34
La coalición interamericana para la prevención de la violencia.....	36
Nuevas normas para afrontar los retos mundiales a la salud .....	38
La cooperación técnica entre países (CTP): Una herramienta eficaz para las alianzas entre países .....	44
Acción conjunta en preparativos, mitigación y respuesta en casos de desastre .....	48
Ayuda para el desarrollo y alianzas estratégicas para la salud .....	53
Fortalecimiento institucional para el siglo XXI.....	58
Siglas utilizadas en este documento.....	61

## **Introducción**

1. A pesar del trabajo que hemos hecho y seguimos haciendo conjuntamente en muchos asuntos de salud, sigue siendo fundamental una mayor colaboración interinstitucional. Por ejemplo, la esfera de la reducción de desastres se está volviendo cada vez más superpoblada y competitiva, con actividades que se solapan en muchos ámbitos que una vez formaban parte del dominio tradicional del sector de la salud. El período abarcado por este informe empezó y concluyó con desastres, algunos abrumadores y otros pequeños, algunos naturales y otros ocasionados por el hombre. Suele suceder que cuanto más grave es la emergencia, más superpoblado está el terreno de juego, lo que algunas veces genera competencia en lugar de coordinación.

2. En respuesta a estos retos surgidos durante el período 2004-2005, la Oficina Sanitaria Panamericana ha colaborado con los Estados Miembros, socios, redes y aliados estratégicos. Nos hemos esforzado por hacer de la OPS el foro regional para los asuntos de salud al solicitar la participación de todos los sectores de la sociedad. Hemos promovido el logro del consenso, la resolución de conflictos y la forja de alianzas mediante el fortalecimiento de la solidaridad continental y mundial y alentando a nuevos actores sociales a que tomen parte en la defensa de la salud. También hemos procurado que las nuevas dimensiones de la salud se aborden en los procesos de integración económica, social y política de la Región. Hemos abogado por la importancia decisiva del fortalecimiento de los sistemas de salud, y hemos promovido un mayor progreso al procurar el acceso geográfico, cultural y financiero a los servicios de salud, así como la ampliación de la protección social. La respuesta ha sido abrumadoramente positiva.

3. Muchos países están experimentando diversas formas y etapas de la descentralización para asignar responsabilidades cada vez mayores a las entidades a los niveles infranacional y local, mientras que los niveles centrales prestan más atención a su función de formulación de políticas y de reglamentación. Al mismo tiempo, para afrontar mejor los desafíos de la globalización, los países están delegando responsabilidades hacia las organizaciones de nivel supranacional. Para participar más eficazmente en este proceso, los países de la Región están negociando varios acuerdos comerciales o la integración a los niveles mundial, regional, subregional y bilateral.

4. Cada vez más, la salud pública se está convirtiendo en un foro para fomentar el diálogo político nacional y regional, con el objeto de lograr el consenso regional y formular programas colectivos. Se han logrado ciertos avances, por ejemplo, colocar los temas del sector de la salud a la vanguardia de las discusiones en las cumbres presidenciales y en las reuniones que se celebran en la Región; por otra parte, el número de reuniones regionales y subregionales de ministros de salud y con otros sectores como ambiente, agricultura, ganadería, trabajo y educación está en aumento. El logro del consenso y la aplicación de estrategias comunes han sido el sello distintivo de las

iniciativas para reducir la mortalidad materna en las Américas; además, las redes sociales y los enfoques comunitarios innovadores se están utilizando eficazmente para reducir la mortalidad infantil y en la niñez. Se han forjado alianzas multisectoriales para mejorar la salud de los pueblos indígenas, aumentar el acceso al agua y al saneamiento y luchar contra las enfermedades infecciosas. Se ha movilizó a actores y a socios locales para que den su apoyo a las inmunizaciones y a la promoción del desarrollo y la gobernanza locales: comunidades y municipios sanos y productivos. También se han tomado medidas colectivas en la lucha contra el SIDA, en la prevención de la violencia, en respuesta a desastres locales e internacionales, y para abordar la salud de las poblaciones fronterizas a nivel subregional.

5. El siguiente informe destaca los logros de los Estados Miembros que colaboran con la Oficina, socios y aliados estratégicos para la salud de los pueblos de las Américas. La lista de los logros durante el período 2004-2005 no es de ninguna manera excluyente y solo tiene por objeto reflejar la diversidad y la riqueza de los esfuerzos en las tres áreas de cooperación técnica de la OPS: abordar la agenda inconclusa, proteger los logros en materia de salud, y hacer frente a los nuevos retos.

6. Se incluyen ejemplos de cómo estamos llevando a cabo nuestra misión: encabezar las iniciativas conjuntas de nuestros Estados Miembros, respetando al mismo tiempo los valores de la equidad y el panamericanismo.

### **Compromiso con la finalización de la agenda inconclusa**

#### ***Forja de consenso para reducir la mortalidad materna en las Américas***

7. En la comunidad mundial hay un reconocimiento generalizado y un compromiso firme con la prevención de defunciones innecesarias atribuibles al embarazo y el parto. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus socios han creado mecanismos que favorecen la coordinación y la colaboración estrechas para reducir la mortalidad materna, haciendo hincapié especialmente en los países con una razón elevada de mortalidad materna y desigualdades internas considerables. Los socios y los interesados directos de América Latina y el Caribe (ALC) también han llegado a un acuerdo acerca de la importancia de colaborar para hacer frente a los retos planteados por la mortalidad materna. El acuerdo representa una perspectiva común para abordar las defunciones maternas de manera coherente y unificada, con miras a mejorar al máximo la cooperación técnica y la colaboración dentro de los países y entre organismos.

8. El Grupo de Estudio para la Reducción de la Mortalidad Materna, cuya secretaría técnica la ejerce la OPS, está formado por el FNUAP, el UNICEF, la AID, el BID, el Banco Mundial, el Consejo de Población y Family Care International. Los objetivos concretos son: generar consenso acerca de las estrategias de reducción de la mortalidad

materna; compartir las lecciones extraídas a los niveles regional y de país; aprovechar al máximo los recursos económicos y técnicos a escala nacional; y apoyar a los países en sus iniciativas de reducción de la mortalidad materna. La labor del Grupo de Estudio ha logrado generar el impulso político necesario para reducir la mortalidad materna; ha aumentado la promoción para que se pongan en práctica de manera eficaz las políticas, los programas y las intervenciones; y ha fortalecido la cooperación sur-sur, con lo cual los países pueden compartir las enseñanzas extraídas y ampliar sus experiencias fructíferas.

9. A nivel de país, el abordaje conjunto se centra en las iniciativas de política y en la puesta en práctica de los programas. Una contribución importante del Grupo de Estudio a la ejecución de los programas ha sido la de traducir la política en actividades programáticas; es decir, en planes de acción nacionales y locales que velarán por que ciertas intervenciones eficaces, como los servicios de atención calificada del parto, estén al alcance de las embarazadas. Diez países prioritarios tienen comités nacionales de coordinación interinstitucional (CICC) en funcionamiento encabezados por los gobiernos nacionales, que desempeñan una función importante como líderes de las iniciativas interinstitucionales. También participan otros interesados directos, como grupos de mujeres, organizaciones no gubernamentales, organizaciones voluntarias privadas, miembros de la sociedad civil, así como representantes de los sectores educativo, laboral, de asuntos de la mujer, de grupos autóctonos, entre otros.

10. El logro principal del Grupo de Estudio ha sido la preparación y el inicio del Consenso Estratégico Interinstitucional para América Latina y el Caribe, en febrero de 2004, así como el lanzamiento, en Washington, D.C., del Grupo de Estudio Regional sobre Consenso Estratégico Interinstitucional de Reducción de la Mortalidad Materna para América Latina y el Caribe. Hasta 2005, diez países prioritarios —Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay y República Dominicana— habían actualizado o elaborado sus políticas nacionales de mortalidad materna. Bolivia, El Salvador, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana presentaron su propia versión nacional del consenso estratégico para la reducción de la mortalidad materna y adoptaron el compromiso nacional e interinstitucional en cuanto a la atención a las madres por personal capacitado, la disponibilidad de servicios esenciales de atención obstétrica de buena calidad y el mejoramiento de los sistemas de vigilancia de la mortalidad materna. La OPS y sus socios siguen prestando apoyo especial a Haití en la formulación y puesta en práctica de su plan de acción.

### Iniciativa de seguridad de la sangre

Durante 2005, la OPS siguió colaborando con sus socios para alcanzar la meta regional de contar con no menos de 50% de donantes voluntarios de sangre en cada país. Los países latinoamericanos nombraron coordinadores nacionales para promover la donación voluntaria de sangre. Con la cooperación técnica de los Servicios Unidos de Sangre en El Paso (Texas), estas personas recibieron adiestramiento práctico y, al regresar a su país respectivo, formularon planes nacionales de acción que se ejecutarán con la participación de interesados directos y socios locales. Las herramientas para adiestrar a los promotores locales se basan en el módulo de educación a distancia, conocido como “Lograr el cambio”, producido originalmente por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y traducido al español y al portugués por la OPS. Por otro lado, el material dirigido a escolares, llamado “Donantes de vida”, se preparó en colaboración con la Iniciativa de Escuelas Saludables y se está sometiendo a prueba sobre el terreno. Varios clubes rotarios en Maryland (EUA), Bolivia, Colombia, El Salvador y Uruguay están dando su apoyo a los programas nacionales de sangre en estos últimos cuatro países. El 14 de junio, se celebró por primera vez el Día Mundial del Donante de Sangre. La OPS preparó anuncios de servicio a la comunidad y otros tipos de publicidad para reconocer la contribución de los donantes voluntarios de sangre y para crear conciencia en el público en toda la Región.

11. A escala de país, en **Costa Rica**, donde la mortalidad materna se ha mantenido invariable durante los dos últimos decenios (en 3,6 por 10.000 nacidos vivos), y donde 85% de estas defunciones son evitables, se formó una alianza nacional para crear consenso y coordinar medidas y recursos entre las dependencias gubernamentales y la sociedad civil. La alianza refleja el compromiso de los encargados de adoptar las decisiones, los administradores de programas, los proveedores de asistencia sanitaria, los trabajadores sociales y las comunidades por igual, para lograr que la maternidad saludable y sin riesgo sea un derecho fundamental y, en consecuencia, una inversión económica y social, tanto necesaria como importante. La estrategia forma parte del compromiso nacional para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), así como de promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres. La alianza nacional se anunció formalmente durante la celebración del Día Mundial de la Salud de 2005; entre los principales interesados directos se encuentran varias dependencias y sectores gubernamentales, entre ellos el Ministerio de Salud, el Despacho Presidencial, el Ministerio de Educación, el Instituto Nacional de Agua y Saneamiento y el Ministerio de Asuntos de la Mujer. También forman parte de la coalición varias universidades y centros académicos, asociaciones profesionales, hospitales y organizaciones religiosas de mujeres, además de organismos de cooperación internacional.

**Establecimiento de una línea base para medir la mortalidad materna en El Salvador**

En El Salvador, se formó un comité para la mortalidad materna que representa a diversos organismos y organizaciones interesados en los problemas de salud sexual y reproductiva. Está constituido por la OPS/OMS, la AID, Lux-Development, el FNUAP, el UNICEF, la Sociedad Demográfica de El Salvador, el Departamento de Censos y Estadística, el Instituto de la Seguridad Social, la Asociación Nacional de Obstetricia y Ginecología y varios municipios nacionales. La mancomunación de recursos financieros entre los organismos participantes permitirá la elaboración de un estudio de línea de base, un paso importante y necesario para cumplir los ODM.

12. El plan estratégico nacional de **Guatemala** para la reducción de la mortalidad materna es producto del grupo de trabajo interinstitucional que financia el Plan de Salud Reproductiva Nacional y parte del estudio de la línea basal para la mortalidad materna elaborado en el 2000. El estudio describió la mortalidad materna en Guatemala, su contexto, las causas, la ubicación geográfica y los factores socioculturales. También se establecieron su magnitud y el nivel de la subnotificación. El grupo de trabajo interinstitucional está formado por la OPS/OMS, la AID, el FNUAP, el UNICEF, la APROFAM, el CIESAR y organizaciones nacionales, públicas y privadas que trabajan en asuntos de salud de la mujer. Se creó otro grupo de trabajo para elaborar protocolos y módulos de adiestramiento para la detección de riesgos. Entre los beneficios principales de la alianza se encuentran: un compromiso sectorial con la reducción de la mortalidad materna; una respuesta nacional conjunta al reto, que abarca estrategias comunes y criterios estándar; movilización de recursos; y adiestramiento especializado gratuito para profesionales de la asistencia sanitaria.

13. En el contexto de las iniciativas para cumplir los ODM, **Panamá** determinó que la reducción de la mortalidad materna e infantil es uno de los pilares principales para lograr la equidad y el desarrollo nacional. A pesar del progreso observado en los indicadores sociales y de salud en los últimos decenios, la salud maternoinfantil básica se está quedando rezagada y hay que hacerla avanzar. Para esta finalidad, se lanzó la Semana de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal. Con motivo de ella se proclamó un consenso y un compromiso a escala nacional entre diversos organismos nacionales e internacionales para la reducción de la mortalidad materna y perinatal. El acontecimiento agrupó a más de 80 representantes del gobierno, así como de organizaciones sociales y comunitarias.

### **Argentina: la salud sexual y la procreación responsable son una prioridad nacional**

El Programa Nacional de Salud Sexual y de Procreación Responsable fue creado en 2002, por medio de una ley, en respuesta al aumento en la mortalidad materna debida a embarazos no deseados que terminaban en abortos, a los embarazos de adolescentes y a la propagación de la infección por el VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Se basa en los derechos a la salud garantizados por el Estado, que debe velar por el acceso igualitario a la atención primaria de salud cuando se solicite, así como por el acceso a la información acerca de los métodos anticonceptivos más eficaces y seguros y sobre su uso. Los derechos a la salud abarcan la salud sexual y reproductiva y el derecho a disfrutar de relaciones sexuales sin coacción, sin temor a las infecciones o a los embarazos no deseados, y el derecho a la maternidad sin riesgo y a tener niños sanos.

La promulgación de la ley y el lanzamiento del programa son producto de un consenso nacional entre miembros del parlamento, varias ONG y la sociedad en general, y constituyen un paso sin precedentes en las medidas gubernamentales para reducir la mortalidad materna e infantil. El programa procura reducir la mortalidad materna, el embarazo de adolescentes y el número de abortos. Promueve la planificación familiar y la orientación gratuita en temas de salud sexual y procreación responsable para todas las mujeres. De igual modo, promueve la coordinación intra e intersectorial en cuestiones de infección por el VIH/SIDA y las ITS, en asuntos relativos al género y con los ministerios de Educación, de la Juventud y de Asuntos de la Mujer, entre otros. También fomenta las alianzas con universidades y organizaciones comunitarias y de mujeres. En estos momentos, el programa beneficia a más de 1,5 millones de mujeres en 24 provincias. Sesenta y cinco por ciento de los proveedores de salud pública ofrecen información, orientación gratuita y anticonceptivos. En consecuencia, han disminuido tanto el número de defunciones debidas a complicaciones del aborto como el número de embarazos de adolescentes.

### ***Redes sociales y prevención de la mortalidad infantil***

14. El período 2004-2005 fue muy importante para el avance del programa de salud pública internacional para abordar la mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe. Las tasas de mortalidad neonatal han permanecido casi invariables durante los diez últimos años y cada vez hay mayor consenso de que para tener repercusión sobre las tasas de mortalidad en la niñez, en particular en el contexto de los ODM, es vital frenar la mortalidad neonatal. La OPS, la AID, BASICS, Saving Newborn Lives y el Grupo CORE organizaron una reunión regional para tratar las respuestas comunitarias a la atención al recién nacido. La reunión, que contó con la participación de delegados de ocho países, así como de miembros de asociaciones profesionales, culminó en una serie de recomendaciones presentadas bajo el título de Declaración de Tegucigalpa, que abogaba por un mayor compromiso regional con la atención al recién nacido y con iniciativas sostenidas para mejorar la integración a nivel de los servicios y de la comunidad. Además,

los participantes recomendaron la formulación de una estrategia regional para la salud neonatal, que debe ayudar a los países a generar el compromiso político y económico, a movilizar recursos ante los organismos internacionales de cooperación, y a mejorar la coordinación entre diversos socios a escala nacional.

15. Actualmente, se está elaborando esta estrategia en colaboración con los diversos socios interesados, la cual deberá aportar una hoja de ruta para las iniciativas de promoción de la causa y apoyo técnico, así como para las actividades de los próximos tres años. El Día Mundial de la Salud y el *Informe sobre la salud en el mundo*, centrados en la salud de las madres y los niños, también representaron una oportunidad excelente de movilización de los actores clave para que impulsen los asuntos de la salud neonatal.

#### **Colaboración a nivel de la comunidad**

La alianza entre la Cruz Roja Estadounidense, la Fundación de las Naciones Unidas (FNU) y la OPS está aprovechando al máximo las ventajas que ofrece la estructura orgánica de la Cruz Roja, con un funcionamiento basado en redes y voluntarios, y está forjando vínculos duraderos con los planes nacionales de salud del niño que los gobiernos ejecutan en cada país. La alianza está aumentando la capacidad de la OPS y de los ministerios de salud para realizar actividades de la Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) familiar y comunitaria por conducto de organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, para evitar defunciones mediante la concentración de las intervenciones en ciertos lugares de los países, cuyas tasas de mortalidad infantil superan la cifra de 40 por 1000 nacidos vivos.

La Alianza promueve la utilización de las prácticas familiares clave de la OMS/UNICEF para la prevención de las enfermedades comunes de la infancia como la intervención principal para promover comportamientos saludables a nivel familiar y comunitario. El Movimiento de la Cruz Roja está brindando una oportunidad excelente de aumentar las actividades de la AIEPI comunitaria y de promover la equidad en la Región de las Américas. Hasta diciembre de 2004, se estaban ejecutando 30 proyectos de AIEPI comunitaria en diez países, y en nueve de ellos había planes en marcha para la ampliación de la estrategia de AIEPI.

16. La alimentación apropiada del lactante y del niño pequeño también es fundamental para la supervivencia infantil y el desarrollo de familias fuertes. Las intervenciones para promover prácticas óptimas de lactancia materna y de alimentación complementaria son dos de las tres intervenciones preventivas más eficaces para prevenir la mortalidad en la niñez. Estas intervenciones son también esenciales para cumplir los ODM relacionados con la supervivencia infantil, la erradicación del hambre, la prevención de la infección por el VIH/SIDA y los logros en materia de educación. Para revitalizar la atención mundial acerca de la repercusión que tienen las prácticas de alimentación sobre la supervivencia de los lactantes y los niños pequeños, la OMS y el UNICEF formularon conjuntamente la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Fue apoyada

por los Estados Miembros en la 55.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002. Además, la OMS finalizó recientemente un estudio multicéntrico de referencia sobre el crecimiento y elaboró una nueva norma internacional sobre el crecimiento, basada en niños lactantes que viven en condiciones óptimas.

#### **Fortalecimiento de la red católica de atención de salud para cumplir los ODM**

La Junta de la Misión Médica Católica (JMMC), la Fundación Bristol-Myers Squibb (FBMS) y la OPS han aunado esfuerzos para ejecutar los tres componentes de la estrategia de AIEPI (fortalecimiento de los servicios de salud, mejoramiento de las aptitudes del personal sanitario y promoción de prácticas saludables en la familia y en la comunidad), para suministrar medicamentos esenciales y para promover las actividades de prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) de la infección por el VIH/SIDA en cinco países (El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana).

La alianza fortalecerá la capacidad de las redes católicas de atención de salud y del ministerio de salud para ejecutar estas actividades, consolidar la amplia red de organizaciones católicas, como *CARITAS* y la Pastoral del Niño, en los países participantes, para tratar de reducir las tasas de mortalidad y mejorar las condiciones generales de salud de los niños.

Se están ejecutando cinco proyectos de país con la red católica de atención de salud y ministerios de salud en 36 diócesis, 292 emplazamientos comunitarios y 468 establecimientos de salud. El número total de beneficiarios de la alianza ha aumentado a 6.257.667, de los cuales 938.649 son niños menores de 5 años de edad. Está en marcha el adiestramiento técnico amplio de facilitadores y participantes de los cursos en las especialidades de AIEPI, infección por el VIH/SIDA y medicamentos esenciales. Hasta la fecha, han recibido adiestramiento casi 1.400 personas (994 más que en el último período de notificación). Se han adquirido medicamentos y suministros esenciales, además de medicamentos antirretrovíricos, para la AIEPI utilizando fondos en especie de CMMB y se han entregado a todos los países. Este proceso se hace de conformidad con la política nacional de medicamentos esenciales del ministerio de salud, las normas y los reglamentos gubernamentales, así como las normas y procedimientos de la OPS/OMS.

17. A nivel nacional, AIEPI se aplicó por primera vez en las Américas en 1996, en el **Perú**. Con el agregado subsiguiente del componente comunitario, la aplicación de la AIEPI se amplió mucho para incluir a las ONG especializadas en salud y otras instituciones ajenas que no forman parte propiamente del sector de la salud. Entre ellas se encuentran instituciones nacionales y organismos de cooperación internacionales, como la OPS/OMS y el UNICEF, así como instituciones bilaterales y donantes, como la AID, la ACDI, el Banco Mundial y el BID. La AIEPI también goza del apoyo de organizaciones de profesionales, como la Sociedad Estadounidense de Pediatría, Sociedad Latinoamericana de Pediatría, Sociedad Peruana de Pediatría, asociaciones peruanas de médicos, enfermeras y pediatras y organizaciones de formación de recursos humanos, como escuelas

públicas y privadas de medicina y enfermería. El apoyo generalizado que ha recibido la AIEPI en el Perú ha conducido al establecimiento de un grupo de estudio interinstitucional sobre la salud del niño bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y la Cruz Roja Peruana. Su finalidad principal es lograr que la salud de los niños sea prioritaria en la política gubernamental a los niveles nacional, regional y local para reducir la mortalidad y la morbilidad en la niñez, asignando particular importancia a las etapas perinatal y neonatal. Su logro principal ha sido la incorporación, en julio de 2005, de la AIEPI, como parte del modelo de atención sanitaria integral.

**Madres sanas y niños sanos:  
Una campaña multimedios y “multisocios” en Suriname**

El tema del Día Mundial de la Salud de 2005, “¡Cada madre y cada niño contarán” es un tema muy pertinente para Suriname, donde las tasas de mortalidad tanto maternas como perinatales siguen siendo relativamente altas. Una de las razones de estas tasas elevadas es que las embarazadas no siempre buscan atención prenatal a tiempo; es muy común que las mujeres hagan su primera visita al médico en el último mes del embarazo.

La campaña en los medios de comunicación se centró no solo en las embarazadas mismas, sino también en su pareja, la familia y los amigos. El mensaje clave de esta campaña era la responsabilidad conjunta de un embarazo y un parto sin riesgos, en otras palabras, una inversión conjunta para la riqueza de la nación: madres sanas, niños sanos. Para apelar a la responsabilidad del compañero, se introdujo el concepto de “Estamos embarazados” por el que se pretende hacer un llamamiento a toda la sociedad; además, se tradujo el lema del Día Mundial de la Salud y se adaptó a la lengua franca de Suriname “Gesontu Mama, Gesontu Pikin: Sranan Gudu” (Madres sanas, niños sanos: la riqueza de Suriname).

Los días 7 y 8 de abril se realizó una feria de salud de “la madre y el niño”, con la participación de 16 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con la salud, en la que se facilitó información sobre modos de vida saludables, hábitos de alimentación saludables, importancia de la buena atención física y mental, y equilibrio para la futura madre y el niño que está por nacer. Cabe hacer mención especial de la participación de Man-mit-Man, una ONG de carácter religioso que se concentra en los hombres y su comportamiento responsable hacia la sociedad en general y hacia las mujeres en particular.

***La salud de los pueblos indígenas y el acceso al agua y al saneamiento***

18. A nivel mundial la salud de los pueblos indígenas ha adquirido nueva importancia, según lo ilustra la evaluación llevada a cabo como parte de las actividades que marcan el final del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. La evaluación muestra muchas políticas públicas y experiencias multiculturales en la Región. Por ejemplo, los 20 países que participaron en la evaluación regional tienen políticas públicas que apoyan el bienestar de los pueblos indígenas; 95% de ellos tienen unidades técnicas

responsables de su salud a nivel ministerial, 60% tienen unidades técnicas en otros ministerios, y tres países tienen otras oficinas dentro del Despacho del Presidente. Noventa y cinco por ciento de los países informaron que tienen proyectos nacionales, y 80% de ellos cuentan con redes locales que abordan cuestiones indígenas. Setenta y cinco por ciento de los países informaron sobre la incorporación de la medicina tradicional y sus prácticas en el sistema sanitario nacional, y el cúmulo de organismos de financiamiento que trabajan en estos temas también demuestra un grado alto de interés por parte de los donantes. Si bien es cierto que se han logrado progresos considerables, la evaluación también reveló algunos hechos preocupantes. Apenas 30% de los países participantes tienen programas de investigación, y solo 25% ofrecen becas a los estudiantes indígenas. Más aun, solo 50% de los países informan sobre actividades relacionadas con el desarrollo de sistemas de información para la vigilancia y evaluación de la situación de salud que incluyan el grupo étnico. También se identificó la falta de coordinación en el país, así como la ausencia de educación multicultural en general y específicamente entre los equipos de salud. Estos resultados se han incorporado en el plan de acción del programa 2005-2007, que está centrado en el cumplimiento de los ODM y en la renovación de la APS.

19. Los ODM representan un compromiso contraído por la comunidad internacional para luchar contra la pobreza y buscar una respuesta a los problemas que impiden el desarrollo humano. Entre los ODM se encuentran la reducción a la mitad en el año 2015 del porcentaje de personas que no tienen acceso sostenido al agua potable y al saneamiento. En los países de la Región, no es difícil ver cómo el estado de salud y las condiciones de vida de los indígenas están estrechamente vinculados con la pobreza extrema y la falta de acceso al agua y al saneamiento. Las enfermedades transmitidas por el agua y de otro tipo relacionadas con la falta de agua y saneamiento figuran como la causa principal de mortalidad materna e infantil. Por este motivo, y en el marco del programa, la OPS, conjuntamente con el GTZ, ha formulado un proyecto para mejorar las condiciones ambientales en las comunidades autóctonas, que pone de relieve la necesidad de agua de calidad adecuada para el consumo humano, eliminación y tratamiento de residuos sólidos, y mejoramiento de las prácticas de higiene.

### **Erradicación del tracoma en las comunidades autóctonas de Chiapas (México)**

La erradicación del tracoma en las comunidades autóctonas es una prioridad máxima para la Secretaría de Salud de Chiapas; en su etapa avanzada, esta enfermedad puede producir la ceguera en hombres, mujeres y niños. La Secretaría, conjuntamente con el CEPIS, el GTZ, autoridades locales, dependencias gubernamentales (salud, agua y saneamiento, asuntos indígenas) y las comunidades indígenas mismas lanzó un proyecto de agua y saneamiento para reducir la prevalencia del tracoma en el municipio de San Juan Cancuc. Entre los beneficios del proyecto se cuentan: construcción de tuberías de agua, saneamiento básico, construcción de letrinas y educación sanitaria en seis localidades de San Juan Cancuc, todas ellas habitadas por el grupo étnico tzeltal. Las tuberías de agua cubrieron una superficie de unos 20 kilómetros y dan acceso al agua inocua a 4.000 personas.

20. A nivel nacional, en 2004 el Ministerio de Salud de **Chile** y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile firmaron un convenio para elaborar un perfil epidemiológico de los pueblos Mapuche y Aymará. Se celebraron talleres en el norte y el sur del país con la participación de representantes de grupos indígenas, proveedores de asistencia sanitaria y especialistas de diversas universidades. También estuvieron presentes representantes de los niveles nacional, regional y local del gobierno chileno. Se avanzó en la definición de varias variables epidemiológicas y en el análisis de los modelos de atención de salud para los pueblos indígenas. Entre otros beneficios se encontraban la comprensión mutua entre los proveedores de asistencia sanitaria y los practicantes de medicina tradicional con respecto a los valores culturales de unos y otros, entre ellos el reconocimiento por parte del mundo académico de la necesidad de adaptar los programas de estudio de médicos, enfermeras y otras carreras relacionadas con la salud a las exigencias interculturales. Se forjó una alianza estratégica entre los participantes para seguir y desarrollar más adelante estos temas.

21. El Ministerio de Salud de **Panamá** también inició un proyecto en favor de la salud de los pueblos indígenas, como respuesta a los retos que plantea el cumplimiento de los ODM. La finalidad principal del proyecto es impulsar un proceso de desarrollo integral mediante abordajes innovadores que se formularán para cada grupo étnico. El proyecto procura atraer, encabezar y coordinar todas las iniciativas encaminadas a mejorar la salud de los pueblos indígenas con un abordaje intercultural dentro de la Atención Primaria en Salud (APS). En concreto, se propone reducir la morbilidad y la mortalidad en las zonas habitadas por los pueblos indígenas. La iniciativa tiene tres componentes: fortalecimiento institucional, formulación de una estrategia de atención primaria de salud con criterios interculturales, así como la recuperación y el progreso de la medicina tradicional y la promoción de su utilización.

*Progreso en el control de la enfermedad de Chagas y otras enfermedades desatendidas*

22. El trabajo que efectúa la OPS a nivel regional para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles está descentralizado y tiene su sede en Uruguay. El foco de interés de su cooperación técnica es la forja de alianzas a nivel subregional y entre los países donde estas enfermedades son endémicas. Por lo tanto, las comisiones intergubernamentales o las iniciativas subregionales que agrupan a representantes de programas y organismos nacionales que trabajan en el ámbito de la enfermedad de Chagas cuentan con el apoyo de la OPS tanto a nivel regional como subregional. Entre ellas se encuentran: la Iniciativa del Cono Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay), establecida en 1991; la Iniciativa de Centroamérica (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), que data de 1997; la Iniciativa de Países Andinos (Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela), creada en 1998; la Iniciativa Amazónica para Vigilancia y Control (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Guyana Francesa, Perú, Suriname y Venezuela), establecida en 2004; y la de México, establecida en 2003.

23. Las iniciativas subregionales promueven activamente la cooperación técnica entre los países como una segunda etapa de las alianzas, en el marco del programa político y los foros subregionales. Estas iniciativas subregionales han permitido el avance de la cooperación bilateral y multilateral, así como los intercambios técnicos entre organismos nacionales, internacionales y de financiamiento. Entre ellos se cuentan: Investigación en Enfermedades Tropicales, JICA, ACDI, Médicos sin Fronteras, BID, actividades de intervención sobre la enfermedad de Chagas/Comunidad Europea (CDIA/CE), ECLAT y otros. Desde 1991, el apoyo principal a la sostenibilidad de las iniciativas ha provenido de la comunidad científica de los países participantes, lo que constituye una tercera etapa de la alianza. Este grupo, a su vez, cuenta con el apoyo del conocimiento y la experiencia de las instituciones técnicas y de investigación de toda la Región. Aunque se han logrado progresos considerables, queda mucho por hacer, en particular con respecto a la atención y el tratamiento para los que ya están aquejados por la enfermedad.

24. En Centroamérica, la iniciativa se anunció en 1997, en ocasión de la 23.<sup>a</sup> RESSCAD (Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana). En 2004 representantes del programa de control de la enfermedad de Chagas y del programa de bancos de sangre de Honduras y El Salvador acordaron un programa de cooperación técnica conjunto para 2004-2005 sobre control de vectores y vigilancia epidemiológica. Como parte de la iniciativa, un equipo de expertos internacionales evaluó los programas nacionales, con representantes de la OPS y de JICA.

25. A nivel nacional, en **Guatemala**, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social inició programas de control de vectores en cinco ubicaciones prioritarias sobre la base de un estudio de línea base preparado conjuntamente con la Universidad de San Carlos y la

Unidad de Adiestramiento en Investigación sobre Entomología Médica (MERTUG) de los CDC.

26. **Honduras** carecía de un plan nacional estratégico para la prevención y el control de la enfermedad de Chagas, de un programa nacional con recursos financieros asignados y de capacidad para coordinar las medidas entre las ONG al nivel local. Gracias al apoyo de la OPS/OMS, se elaboró un plan con la participación de representantes del programa, otros ministerios, la sociedad civil, las autoridades del gobierno local y organismos internacionales de cooperación. El plan aborda las prioridades nacionales con una respuesta concertada y más amplia, que incluye a muchos actores que participaron en su formulación. El proceso culminó en la formulación de mecanismos de coordinación compartidos, con un comité coordinador técnico, evaluaciones conjuntas bianuales a los niveles nacional e infranacional y planes de adquisiciones conjuntas. A nivel local, también incluye control integrado de vectores, evaluaciones serológicas, tratamiento y vigilancia.

### **Plan de Erradicación de la Fiebre Aftosa**

La Declaración de Houston, emitida por la Conferencia Hemisférica para la Erradicación de la Fiebre Aftosa, realizada en los Estados Unidos de América en marzo de 2004, puso de manifiesto el compromiso formal de los niveles políticos, técnicos y del sector privado de alcanzar la meta de erradicación de la fiebre aftosa en el continente. Como resultado operativo de dicho compromiso, se conformó el Grupo Interamericano para al Erradicación de la Fiebre Aftosa (GIEFA), bajo la secretaría técnica de PANAFTOSA. El mandato de GIEFA comprende la elaboración, establecimiento, supervisión y ejecución del Plan de Acción 2005-2009 del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA). En el marco del PHEFA, se creó una organización de la sociedad civil de interés público (OSCIP), cuya primera experiencia se desarrolló en el Brasil y continuará en otros países de la región donde sea necesario.

### **Plan de Control de la Fiebre Amarilla en el Perú**

La identificación y delimitación de las áreas que expulsan a la población migrante hacia zonas de riesgo de la fiebre amarilla en el Perú durante 2004, motivó e hizo posible la ejecución de una campaña de vacunación masiva de adultos de la población migrante en sus zonas de origen. Esta estrategia novedosa y altamente eficaz tiene como marco la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones en la que participan varias direcciones del Ministerio de Salud, con la cooperación técnica y los recursos del Comité de Coordinación Interagencial y del Gobierno del Brasil, que donó casi 4 millones de dosis de vacunas.

### **Red Amazónica para la Vigilancia de la Resistencia a las Drogas Antimaláricas-Iniciativa Amazónica contra la Malaria**

La Red Amazónica para la Vigilancia de la Resistencia a las Drogas Antimaláricas (RAVREDA) se creó en 2001 en el marco de la Alianza Mundial para Hacer Retroceder el Paludismo (Roll Back Malaria), con fondos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El objetivo de la RAVREDA es aunar esfuerzos ante la problemática de la resistencia al tratamiento de la malaria en la zona amazónica, en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela. La OPS interviene en la implementación de las acciones con sus contrapartes del Programa de Control de Malaria, el soporte técnico directo en el terreno está a cargo de USAID y, además, se cuenta con la asistencia técnica de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y de una red de instituciones, universidades y organizaciones no gubernamentales. El trabajo conjunto de investigación y acción ha dado sus resultados: la mayor repercusión en la subregión en un breve período de tiempo fueron los cambios logrados por la Red en el tratamiento de primera línea de *P. falciparum* en 7 de los 8 países de la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OCTA). El Brasil se encuentra actualmente en el proceso de seleccionar el tratamiento combinado con artemisina que se utilizará.

*Seguridad alimentaria y nutricional en el combate contra la pobreza*

27. La lucha contra la pobreza y la erradicación del hambre son dos compromisos internacionales que se reflejan en los ODM, y la seguridad alimentaria y nutricional, que promueve el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), constituye un elemento importante de este cometido. Dentro del contexto de la reforma y la modernización del sector de la salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de **El Salvador** promueve una variedad de iniciativas para apoyar la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos en los municipios más pobres o en las zonas afectadas por los desastres naturales y, por lo tanto, el apoyo a la descentralización de la atención básica de salud como parte del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI). El proceso para seleccionar a los beneficiarios es de índole intersectorial y participan ONG, alcaldes, la Iglesia Católica, las autoridades sanitarias locales, SIBASI, que es el administrador del programa, y otros organismos de la localidad. Los criterios de selección comprenden: una alta prevalencia de desnutrición o desnutrición aguda, demanda y apoyo decidido a los proyectos locales de desarrollo, así como viabilidad técnica de proyectos productivos y agroindustriales. Las intervenciones de los programas se basan en la planificación conjunta de las comunidades y los interesados directos locales, que a su vez dependen de las evaluaciones con participación local de la seguridad alimentaria y los riesgos nutricionales para las comunidades interesadas. Las actividades del programa reúnen ciertos criterios de tecnología apropiada: huertos frutales caseros, producción de pan con harina mejorada más nutritiva, producción y venta de cereales básicos y preparación de productos alimenticios para el consumo local.

28. En **Costa Rica**, el objetivo principal del modelo de seguridad alimentaria y nutricional a escala local es fomentar el desarrollo integral de las familias de ingresos bajos que viven en las comunidades que se están quedando a la zaga. Apoya las actividades locales por medio de la colaboración con organizaciones públicas y privadas, organizaciones locales y organismos internacionales. El programa agrupa a los interesados directos locales en un comité de seguridad alimentaria y nutricional. El comité local se encarga de realizar una evaluación que sirva de fundamento a un plan de acción. Más tarde, los miembros de la comunidad validan el plan y luego los organismos participantes lo transforman en proyectos productivos. Algunos organismos son: los ministerios de Agricultura y Ganadería, de Educación y de Medio Ambiente y Recursos Naturales, World Vision, el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, los programas de las Naciones Unidas y las embajadas de Canadá y Alemania. El programa también recibe apoyo técnico del INCAP. Los logros hasta la fecha incluyen la movilización integral de los recursos nacionales, locales y comunitarios, y el establecimiento de una coalición intersectorial. El programa beneficia a las familias pobres, que se han vuelto a insertar en la economía local.

## **Dedicación a proteger los logros de salud**

### ***Movilización para mantener la cobertura de vacunación***

29. La Semana de Vacunación en las Américas, la iniciativa que comenzó en la región andina hace dos años, ha crecido hasta incorporar a 19 países y, por consiguiente, se ha vacunado a 15 millones de personas. Todos los ministros de salud del continente han respaldado la iniciativa y han aceptado adherirse. La iniciativa regional se concentra en los niños que se quedan a la zaga; los que viven en las regiones fronterizas rurales, los indígenas y los grupos vulnerables, en especial las mujeres en edad fecunda y los ancianos. En 2004, los países de América del Sur y Central, México y el Caribe vacunaron a 43,7 millones de personas, principalmente niños. Más de 3 millones de niños mayores de un año no habían recibido la vacuna DPT/pentavalente. También se vacunó a cerca de 1,5 millones de mujeres en edad fecunda que viven en municipios en riesgo de tétanos neonatal. Se procuró cubrir las comunidades autóctonas, y se vacunó también a más de 12 millones de personas mayores de 60 años contra la gripe.

30. El éxito se ha logrado gracias a la participación de muchos asociados y aliados estratégicos, entre otros, los ministerios de salud de los Estados Miembros, los gobiernos de Canadá y los Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Cruz Roja Internacional, el UNICEF, la Agencia Española de Cooperación Internacional, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI), el Instituto de Vacunas Sabin, March of Dimes, la Asociación Rotaria Internacional, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, Head Start, diversas ONG y los medios de comunicación nacionales. Además, se cuenta con apoyo político nacional firme, como lo comprueba la participación de cinco presidentes de la república, varias primeras damas y muchos ministros de salud y representantes locales de las organizaciones internacionales en las actividades del lanzamiento. La Semana de Vacunación en las Américas ha cumplido una función irrefutable en la disminución de las inequidades en materia de vacunación y en concentrar la atención nacional en las personas más vulnerables y aquellas que tienen un acceso mínimo a los servicios sanitarios. La sostenibilidad de la vacunación en el programa político regional consolidará su carácter de bien público regional.

31. En muchos países se agregaron otras intervenciones de salud eficaces. Algunos países proporcionaron vitamina A y parasiticidas a los niños y ácido fólico a las embarazadas, practicaron exámenes de la retina y difundieron información sanitaria. Otros países lanzaron campañas sin precedentes para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. La meta para 2005 es vacunar a 43 millones de personas; los resultados preliminares muestran que algunos países, entre los cuales se cuentan Cuba, Panamá, Paraguay y República Dominicana, han alcanzado o sobrepasado sus metas nacionales. Colombia también alcanzó su meta para la fiebre amarilla durante la primera ronda.

Guatemala introdujo la vacuna pentavalente por primera vez y vacunó a 55.000 niños con una dosis única. Asimismo, Paraguay culminó su campaña nacional para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita; esta campaña recibió apoyo mediante un decreto presidencial. A pesar del desasosiego político y social, Bolivia, Nicaragua y Ecuador también pudieron llevar a cabo sus actividades de vacunación.

#### **Semana de Vacunación en Bolivia**

Desde su inicio en 2003, Bolivia se sumó a la iniciativa de los Ministros de Salud de la Región de establecer la Semana de Vacunación en las Américas. La evolución progresiva de las coberturas de vacunación en el país permitió la erradicación de la poliomielitis y que no se presentara ningún caso confirmado de sarampión desde el año 2000; asimismo, se consiguió disminuir la incidencia de la difteria, el tétanos, la tos ferina y otras enfermedades inmunoprevenibles. Pese a estos esfuerzos, todavía persisten bajas coberturas de vacunación en algunos municipios del país; ello pone en riesgo el mantenimiento de los logros mencionados. Otro problema de salud pública importante es la fiebre amarilla, cuyos brotes anuales se presentan en poblaciones específicas.

La actividad ha tenido la virtud de movilizar ampliamente a las autoridades políticas y sanitarias, al conjunto de los organismos de cooperación y a diferentes organizaciones no gubernamentales.

Con el fin de garantizar la continuidad de la campaña sin la presencia de conflictos sociales, en 2005 se firmaron convenios entre las autoridades de salud y las organizaciones más importantes de la comunidad, como la Confederación Sindical Única de Campesinos de Bolivia (CSUTCB), la Confederación de Indígenas del Oriente de Bolivia (CIDOB) y otras. También en 2005, se logró 82,5% de la meta de vacunación con la vacuna pentavalente y la antipoliomielítica. Con la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP) se logró 59% de la meta. Se inmunizó a 380.258 personas con la vacuna contra la fiebre amarilla.

Puede afirmarse que la Semana de Vacunación ha logrado que el tema de la vacunación figure en la agenda de las autoridades políticas y de salud de todo el país.

32. **Paraguay** se unió a las actividades regionales para la eliminación de la rubéola mediante el lanzamiento de una campaña para vacunar a 3,5 millones de personas de 5 a 39 años (65% de la población). Además de la movilización de las autoridades sanitarias y los organismos nacionales de salud, se forjó una alianza estratégica para incluir a los gobiernos nacionales, departamentales y locales y a la sociedad civil. También se asociaron el sector privado, las universidades y los institutos de investigación. Paraguay logró una cobertura de 99% gracias a esta alianza nacional, que también recibió el respaldo de la policía nacional, de maestros y de autoridades educativas. Los trabajadores de las compañías de electricidad, teléfonos y agua potable y alcantarillado distribuyeron el material informativo,

y se capacitó a estudiantes de las escuelas de medicina y enfermería en la administración de las vacunas y el registro de los vacunados.

### **Transparencia y mejores precios para el programa PAI en Colombia**

El Ministerio de la Protección Social (MPS) y el Instituto Nacional de Salud (INS) han venido utilizando el mecanismo de compra del Fondo Rotatorio para la Adquisición de Vacunas (FR) desde el decenio de 1990 y es así que Colombia es uno de los tres mayores compradores de la región (con la Argentina y el Brasil), con un promedio anual de entre US\$ 15 y US\$ 26 millones en el período 2002-2004. Estas compras, que se formalizan mediante convenios entre el MPS y el INS, se concentran en los productos biológicos del esquema nacional de inmunización infantil y adultos de alto riesgo —las mujeres en edad fértil y toda la población que reside en zonas endémicas de fiebre amarilla—. Actualmente, el Gobierno ha firmado un crédito con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por el cual se destinarán más de US\$ 127 millones para la compra de vacunas durante el período 2005-2008. El BID accedió a comprar los biológicos a través del FR por la transparencia de sus mecanismos de compra, la oportunidad de adquisición por los países, la calidad de esos productos y los precios óptimos que se logran únicamente con economías de escala logradas por las compras masivas de todos los países de la Región por medio de ese mecanismo.

Colombia se benefició plenamente con la compra de sus biológicos a través del FR en términos de precios accesibles, confianza en la disponibilidad y oportunidad en la entrega, adquisición de biológicos de calidad reconocida y verificable, transparencia en los trámites de compra, apoyo en situaciones de emergencia (brotes de sarampión y fiebre amarilla), adquisición de biológicos combinados a precios razonables (vacuna pentavalente e influenza) y disminución de trámites burocráticos en licitaciones, entre otros.

33. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de **Guatemala** decidió introducir la vacuna pentavalente, pero se topó con dificultades financieras durante la fase introductoria. Se formó una coalición, y los gobiernos de Finlandia y Suecia accedieron a ayudar. Otros organismos reasignaron recursos de sus programas existentes, incluidos la USAID, el UNICEF, Plan International y *Quality in Health*. De esta iniciativa nació un comité coordinador interinstitucional para movilizar recursos y ampliar la cobertura de vacunación a fin de incorporar la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita. Se prevé que el gobierno financie completamente el programa el año próximo.

*Desarrollo y gobernanza locales: municipios y comunidades sanos*

34. La estrategia de Municipios Saludables y Comunidades Sanas busca forjar alianzas entre las autoridades locales, los miembros de la comunidad y otros sectores. Treinta y siete por ciento de los Estados Miembros han establecido comités intersectoriales locales o nacionales, y 22% de los países de la Región han concebido una visión común y planes intersectoriales con responsabilidades compartidas. Más de 30% han incorporado los indicadores para medir el nivel de vida en sus sistemas de información, y al menos siete han capacitado equipos locales en la aplicación de métodos participativos.

35. A nivel nacional, en **Uruguay**, los ministerios de Salud Pública y de Ganadería, Agricultura y Pesca acordaron que el desarrollo debe ser la meta principal para las comunidades rurales pequeñas y lanzaron el proyecto Municipios Productivos y Sanos. El proyecto combina las intervenciones asistenciales con generación de empleos y otras actividades productivas centradas en iniciativas comunitarias.

36. En **Bolivia**, el concepto de las Comunidades Productivas y Sanas se lanzó en 2004 y ha sido un factor del aumento de ingresos de las comunidades pequeñas y la prevención de la migración interna y la pobreza. Por ejemplo, en la comunidad de Chacaltaya, algunos beneficios son la truchicultura, la calefacción solar, la producción de carne de llama, las farmacias comunitarias y la calefacción de agua.

37. En **Brasil**, el proyecto Red de Municipios Potencialmente Saludables (RMPS) es una alianza de las universidades, el Departamento para Asuntos de la Comunidad, ONG y varias instituciones de investigación. La red se lanzó en mayo de 2005 y procura aprovechar las enseñanzas extraídas y el intercambio de prácticas óptimas para satisfacer las necesidades informativas de los participantes y para reorientar las acciones de las autoridades locales dirigidas a apoyar el desarrollo sostenible local. Un foco principal de la alianza es la formulación de planes de desarrollo locales. Aunque ha estado en existencia durante sólo unos pocos meses, los resultados ya son visibles: están participando 21 municipios, se ha llegado a acuerdos sobre varias iniciativas con respecto a un método microrregional de solución de los problemas comunes, y se están ejecutando determinados proyectos conjuntos, como la protección de las cuencas hídricas. La red también patrocina actividades conjuntas de capacitación para los representantes de las comunidades beneficiarias.

38. En **Argentina**, la red de municipios llega a 100 y se centra en el intercambio de experiencias, recursos e instrumentos compartidos, cooperación técnica y capacitación en temas de interés común. La red es un punto de reunión importante para canalizar las iniciativas regionales y subregionales a escala local.

### **Bolivia: alianza para la elaboración de planes departamentales de salud ambiental**

La deficiencia de la calidad del agua para consumo humano, los altos niveles de plaguicidas y otros contaminantes presentes en el agua, las condiciones inadecuadas de la vivienda como fuentes propicias de enfermedad, el desconocimiento de los daños causados a la salud humana por la exposición a sustancias altamente peligrosas, las emergencias y accidentes químicos, el manejo inadecuado de aguas residuales, los riesgos del consumo de alimentos contaminados y el aumento de enfermedades transmitidas por vectores, entre otros problemas, han constituido los motivos para poner en marcha una alianza para la elaboración de planes departamentales de salud ambiental en Bolivia.

Con este propósito, durante el período 2004-2005 se formuló y ejecuta una iniciativa de alianza estratégica de organismos de cooperación internacional, bilateral y multilateral para cooperar con los gobiernos departamentales del país, con el aval del Ministerio de Salud y Deportes, para formular e iniciar la ejecución de planes departamentales en departamentos prioritarios. Los principales socios nacionales son las prefecturas de los departamentos, las direcciones departamentales de desarrollo social, las direcciones departamentales de recursos naturales y medio ambiente, y los servicios departamentales de salud (SEDES). Las funciones y las contribuciones de la OPS a la alianza han consistido en el liderazgo de la alianza y la cooperación técnica especializada; el Programa de Cooperación Danesa al Sector Medio Ambiente (PCDSMA) brinda fundamentalmente apoyo financiero; la Fundación Suiza para la Cooperación Técnica (Swiss-Contact) brinda cooperación económica y aportes de información de línea base sobre temas específicos de salud ambiental, y el Proyecto de la Reforma de Salud brinda principalmente apoyo financiero.

Entre los resultados obtenidos, se menciona la disponibilidad de planes en los departamentos de Cochabamba, La Paz, Pando, Santa Cruz y Tarija, que son cinco de los nuevos departamentos del país, inclusive los tres departamentos que conforman el eje central.

39. En **Nicaragua**, el proyecto para establecer sistemas locales de salud integrados (PROSILAIS) en cuatro departamentos y en la región indígena autónoma del norte (RAAS) terminó recientemente. Se centró en formar capital humano local para lograr la sostenibilidad del proyecto más allá de su finalización, así como para el mejoramiento de la infraestructura y el equipo de los servicios. Dentro del contexto de la armonización y la alineación que están en marcha, el proyecto es un buen ejemplo de la alianza entre autoridades nacionales y locales y la cooperación internacional; ahora, forma parte del punto de comparación acordado en la Cumbre de alto nivel celebrada en París para los resultados de la vigilancia. La estrategia multidisciplinaria adoptada para la ejecución del proyecto favoreció un abordaje integral a nivel local, que se apoyó en la descentralización y la fortaleció.

40. En **Cuba**, la cooperación técnica para el fortalecimiento de la atención primaria de salud (APS) se ha ampliado para incluir el nivel municipal. Actualmente, 65 municipios

están recibiendo apoyo técnico directo para formar a la capacidad local que llevará a cabo la evaluación de necesidades y vinculará las prioridades locales con las nacionales. El apoyo técnico comprende ejecución de las intervenciones de conformidad con las prioridades nacionales y respuesta a las necesidades locales nuevas. Se ha asignado particular importancia a la tecnología de la información y al análisis de datos para los encargados de adoptar las decisiones locales, mediante abordajes intersectoriales y multidisciplinarios. Ya está en marcha la evaluación de la experiencia y en breve se publicarán los resultados. El proceso se ha registrado meticulosamente para facilitar el intercambio de experiencias con otros países de la Región y ya ha conducido a la formación de una red de salud y gobernanza entre municipios de Ecuador y Cuba.

En Haití, el proyecto “**PROVIDA: Comunidad en Acción**” está apoyando iniciativas locales de abastecimiento de agua y saneamiento básico, en especial letrinización y limpieza pública.

Cabe destacar el proyecto generado por jóvenes de Cite Soleil; el asentamiento urbano de cerca de 300.000 personas con mayor índice de pobreza y con mayor incidencia de violencia del país. En donde un grupo de jóvenes con el apoyo a la OPS y al Ministerio de Salud Pública espera crear una alternativa a la situación de violencia.

La iniciativa, que empleó en una primera fase de tres meses a 270 jóvenes, ya ha dado frutos. Una segunda fase está en implementación, con financiamiento obtenido a través del apoyo del futbolista Ronaldo de Brasil.

La iniciativa también ha involucrado a los jóvenes de los barrios más violentos de Puerto Príncipe en la campaña de vacunación canina. Un ejemplo lo constituye Belair, lugar donde aún la policía tiene difícil acceso y las instituciones del Estado están virtualmente ausentes.

### ***La salud de las poblaciones fronterizas y la integración subregional***

41. Los procesos de globalización e integración tienen repercusiones en las zonas fronterizas. Cada vez es más común que el cruce de la frontera por personas y los intercambios de productos y servicios ocasionen problemas de salud pública comunes en las zonas fronterizas, que afectan a grupos grandes de personas, lo que a su vez exige la participación de todos los países afectados. Entre las prioridades de la OPS para mejorar la salud en las ciudades fronterizas se encuentra la reducción de las inequidades en cuestiones de salud, al actuar como intermediario y defensor de medidas coordinadas conjuntas; la creación de sistemas y redes para el intercambio de información sanitaria; y el establecimiento de redes de servicios de salud para velar por el acceso. Las iniciativas de la OPS también procuran instaurar la vigilancia epidemiológica unificada y la continuidad del tratamiento de enfermedades transmisibles, como la tuberculosis o el SIDA en las ciudades hermanas. Se realizan actividades para armonizar los códigos sanitarios y los tratamientos

médicos, y para compartir redes de servicios médicos. También incluyen coordinación de los programas de promoción de la salud y la definición de objetivos sanitarios comunes y su incorporación en las agendas políticas del país.

42. En Centroamérica, y en el contexto de la seguridad alimentaria y nutricional, se han concebido cuatro iniciativas que permiten la utilización de estrategias, criterios técnicos, métodos y otros aspectos operativos comunes. La primera iniciativa aborda la nutrición y los temas de la seguridad alimentaria en las zonas fronterizas; la segunda se relaciona con la promoción de la nutrición y la seguridad alimentaria en los procesos de desarrollo de los gobiernos locales y con el apoyo de los programas para dar autonomía a las mujeres mediante la producción de alimentos por medio de microempresas. La tercera iniciativa se relaciona con los proyectos de cooperación técnica entre países entre municipios fronterizos de Costa Rica y Nicaragua, así como a los procesos locales de desarrollo en Centroamérica y el Caribe de habla hispana. La última es una iniciativa subregional que se dirige a 159 municipios fronterizos que están en riesgo desde la perspectiva de la nutrición y de la inocuidad de los alimentos.

43. El panorama político de la frontera entre **México** y los **Estados Unidos** ha cambiado radicalmente en los últimos años. La creación de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos hizo que se reorientara el trabajo de los diversos organismos y redes de la frontera; la Comisión preparó un plan de salud con objetivos claros hasta 2010, conocido como el Programa para una Frontera Saludable 2010. Las actividades de coordinación se reanudaron en 2004, a partir de la Conferencia de Gobernadores, al objeto de fortalecer el trabajo conjunto estipulado en el plan. Ninguna otra zona fronteriza en el continente americano tiene tantos mecanismos de coordinación como la frontera entre México y los Estados Unidos. La iniciativa de las Ciudades Hermanas Seguras y Saludables procura mejorar la coordinación interinstitucional y aumentar la participación comunitaria y el trabajo intersectorial para abordar los asuntos de salud que requieren cooperación bilateral en las comunidades fronterizas. La iniciativa agrupa a una gama de instituciones con un objetivo sanitario común en la frontera entre México y los Estados Unidos; entre esas instituciones se encuentran los consejos de salud binacional, la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud, la estrategia para una frontera saludable de la Comisión de Salud Fronteriza México- Estados Unidos, los mecanismos de enlace entre los consulados de los Estados Unidos y México y un gran número de ONG y de instituciones académicas que ponen en práctica las intervenciones a lo largo de la frontera.

44. Los Sistemas de Salud Integrados en el Proyecto Fronterizo (SIS-Fronteras, en portugués) fue iniciado por **Brasil** para facilitar, apoyar y estandarizar las medidas sanitarias en sus zonas fronterizas con otros países de MERCOSUR. El proyecto incluye tres etapas: evaluación de necesidades y formulación de un plan de acción; servicios de salud en las zonas fronterizas; y fortalecimiento de la gestión en zonas estratégicas. Para

comenzar, el proyecto estará dirigido a 69 municipios del Brasil y a los usuarios de los servicios sanitarios de estas zonas, ya sean ciudadanos brasileños o de otro país. La segunda etapa abarcará 52 municipios.

45. **Colombia y Ecuador** han celebrado reuniones conjuntas para coordinar las actividades durante la Semana de Vacunación de las Américas. Además, se está elaborando un plan de salud conjunto de cuatro años para las zonas fronterizas, con especial atención a las personas desplazadas debido a conflictos o a la pobreza. Una comisión fronteriza establecida por ambos países ya determinó el orden de prioridades. También se efectuaron reuniones para coordinar las actividades contra la fiebre aftosa en la frontera entre Colombia y Venezuela; por otro lado, se encuentra en la fase de estudio un proyecto tripartito sobre la cuenca amazónica que incluye a Brasil, Colombia y Perú.

***Renovación de la atención primaria de salud (APS) para fortalecer los sistemas de salud***

46. El mandato del Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud (APS) de la OPS es revisar y reafirmar las dimensiones conceptuales de la APS, tal como están expresadas en la Declaración de Alma-Ata; elaborar definiciones operacionales de la APS, además de dar asesoría a los países en la reorientación de los servicios y sistemas de salud de la Región siguiendo los principios de la APS en el contexto de la reforma del sector de la salud en el ámbito regional. El grupo de trabajo celebró consultas regionales y nacionales y fomentó el diálogo con los interesados directos pertinentes, incluidas la sociedad civil, ONG, universidades, asociaciones profesionales y autoridades del gobierno para llegar a un consenso y establecer alianzas estratégicas para el progreso de la APS en toda la Región. La primera reunión del grupo de trabajo se celebró en junio de 2004, en Washington, D.C., y la segunda reunión, en octubre de 2004, en San José, Costa Rica. Hacia el final de 2004, el grupo de trabajo preparó el primer borrador del documento de posición sobre la renovación de la APS; se envió un proyecto de Declaración Regional sobre la Atención Primaria de Salud a los Estados Miembros para obtener observaciones. La Reunión Regional de Consulta sobre la Renovación de la APS se celebró en julio de 2005, en Montevideo. Los objetivos de la consulta eran examinar y validar el documento de posición y la declaración regional, así como elaborar un plan de acción para la renovación de la APS en los países de las Américas.

47. A nivel nacional, la APS es la más alta prioridad en **Argentina**. Por sus principios y como parte del enfoque general de la APS en ese país, se lanzó la iniciativa de atención primaria ambiental. Se considera una estrategia de organización, en la Región, que mediante la participación activa de los interesados directos locales conduce al progreso sostenible en la solución de problemas de salud ambiental en las localidades y comunidades. En particular, produce cambios comportamentales en la relación entre los individuos y su ambiente. A este respecto, la alianza de la OPS con Ecoclubes sigue progresando. Ahora reúne a más de 170 comunidades beneficiarias en Argentina. Por

medio de la alianza, las comunidades han obtenido acceso a los proyectos de gestión de residuos sólidos, tecnología de conservación del agua, intervenciones de reforestación y ayuda técnica para la lucha contra el dengue. Ecoclubes se ha establecido en 15 provincias y cuenta con más de tres mil jóvenes voluntarios. Argentina pertenece a una red internacional de 24 países de América, Europa y África, que representa 12.000 voluntarios organizados en 500 clubes.

48. En **Venezuela**, la APS es también el instrumento para garantizar el derecho a la salud de la población. El programa Barrio Adentro representa el paradigma del desarrollo humano consagrado en la Constitución de 1999. Barrio Adentro procura ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud de una manera oportuna y equitativa, y proporcionar atención de calidad a los segmentos más pobres de la población. El municipio de Libertador, en la zona metropolitana de Caracas, fue el primero en poner en marcha el programa. Las dificultades para atraer personal local de salud a los vecindarios más pobres llevó a la colaboración inicial de 50 médicos generales, dentistas y enfermeras cubanos mediante un programa de cooperación técnica con el gobierno de ese país. En la actualidad, hay 20.000 de esos profesionales distribuidos en zonas pobladas históricamente descuidadas. En enero de 2005, el programa entró en una segunda fase y se está centrando en el nivel secundario de la atención y en la construcción de 600 centros integrales de diagnóstico en todo el país; el desarrollo de los recursos humanos (se prevé que se gradúen 30.000 médicos en los próximos 5 años), y la integración del programa Barrio Adentro en el sistema de salud pública.

### ***Políticas públicas amplias para mejorar la calidad de vida***

49. *Seguridad Ambiental.* Los CDC, la OPS y la [javascript:gotoHit\(0\)javascript:gotoHit\( last\)](#)EPA forjaron una alianza para elaborar y aplicar un programa conjunto de cooperación técnica para mejorar la capacidad técnica y la toma de decisiones basadas en datos científicos en el campo de la salud pública ambiental en toda la Región. Sus objetivos principales son: el fortalecimiento de las instituciones públicas y las organizaciones de la sociedad civil a los niveles nacional y local, el mejoramiento de la recopilación y difusión de la información acerca del medio ambiente y la salud; el apoyo técnico a la investigación; y la ejecución del programa de agua y saneamiento, entre otros. Las estrategias propuestas comprenden el establecimiento de nexos entre los sectores del ambiente y la salud, la sociedad civil y los centros colaboradores, y la búsqueda de oportunidades para integrar la salud ambiental pública infantil en las iniciativas regionales y nacionales. Se está elaborando un atlas regional de la salud ambiental infantil, que contiene información importante para los encargados de tomar decisiones, los profesionales de los sectores sanitario y ambiental, y el público en general.

50. *Protección Social.* Se estima que entre 20 y 25% de la población total de la Región carece de acceso a la asistencia sanitaria, a pesar de que las declaraciones universales

firmadas por casi todos los países y las leyes nacionales de muchos más garantizan el acceso universal a la asistencia sanitaria. Los procesos de reforma sanitaria tampoco han podido lograr avances en esta materia. Hay una brecha profunda entre el estado de desarrollo de los sistemas de protección social nacionales y el marco legal que los respalda. La OPS ha estado trabajando activamente en este tema y ha logrado algunos avances en la promoción de la protección social en materia de salud en la Región. Se han llevado a cabo las actividades siguientes: evaluación de la magnitud del problema y la detección de sus causas principales, diálogo con instituciones financieras y organismos internacionales de desarrollo y elaboración de métodos e instrumentos para ayudar a los encargados de tomar decisiones en la formulación, aplicación y evaluación de las políticas de fomento de la protección social en la salud.

### **Avances de la protección social en salud en el Ecuador: el marco legal y político**

Los artículos 42, 43 y 456 de la Constitución Política del Ecuador disponen que el Estado debe garantizar el derecho gratuito a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo del acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme con los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

El artículo 12 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, define el “Aseguramiento” como la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud, en cumplimiento del derecho ciudadano a la protección social en salud, y dispone iniciar este con la aplicación del plan de aseguramiento para mujeres y niños beneficiarios de la Ley y Programas de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. A la vez, se promueve la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), y de otros seguros públicos, como el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL).

La Ley de Maternidad Gratuita estipula que toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva, y que se proveerá la atención de salud sin costo a los recién nacidos o nacidas, y niños o niñas menores de 5 años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

El Decreto Ejecutivo 2345 de diciembre de 2004 encarga al Ministerio de Salud Pública la ejecución de las actividades necesarias para permitir el acceso a los servicios de salud de la población excluida y declara como Política Prioritaria de Estado al Programa de Extensión de Cobertura de la Protección Social en Salud, con base en la estrategia de Atención Primaria de Salud.

El Gobierno Nacional, por conducto del Ministerio de Salud Pública, diseñó el Programa de Extensión de Coberturas en Salud (PROECOS), basado en la aplicación del Modelo de Atención Integral, con énfasis en la Atención Primaria de Salud, e inició la formulación del programa de “acreditación” de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública. Mediante el Decreto Ejecutivo No. 2345, publicado en el Registro Oficial No. 483 del 16 de diciembre de 2004, el Gobierno Nacional declaró como política prioritaria del Estado al PROECOS. El mismo se aplicará progresivamente, iniciándose en las parroquias de mayor pobreza del país, hasta alcanzar una cobertura de cuatro millones y medio de habitantes excluidos de tales servicios.

En el Segundo Congreso Nacional por la Salud y la Vida, celebrado en el mes de septiembre de 2004 en la ciudad de Guayaquil, se acordó “...asignar mayores recursos para la extensión de cobertura de mujeres y niños amparados por la Ley,... Extendiendo su beneficio a otros grupos poblacionales, especialmente ancianos (adultos mayores), dando prioridad a las regiones de mayor pobreza”.

51. *Seguridad Social.* **Guatemala** lanzó a escala nacional la reforma de seguridad social, como consecuencia del diálogo interparlamentario y nacional. La iniciativa proviene de la Agenda Compartida Nacional firmada por los partidos políticos en conjunto, en la que se establecen la seguridad social y la reforma sanitaria como las prioridades más altas para el período 2004-2008. La Comisión Parlamentaria de Salud y Seguridad Social obtuvo el apoyo de la OPS y el PNUD con la finalidad de fortalecer la capacidad de sus miembros para examinar y proponer cambios en la ley de seguridad social. La iniciativa consiste en un programa de trabajo conjunto en tres etapas: conceptos y enseñanzas básicos extraídos de la reforma de seguridad social en América Latina, un examen histórico de las tendencias en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y una evaluación preliminar de las necesidades de seguridad social actuales. El programa de trabajo también abarca, entre otros, el diálogo con ciudadanos; el debate de las propuestas de otros sectores; y un diálogo entre las autoridades del gobierno, los miembros del parlamento y la sociedad civil. Las actividades realizadas hasta la fecha son: los estudios sobre el gasto sanitario público y privado; los documentos de posición y las declaraciones conjuntas sobre la necesidad de elevar el nivel del gasto en salud pública; la formulación de un plan estratégico para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; el diálogo con los interesados directos principales, incluidos los sindicatos; y la formulación de una propuesta de protección social en materia de salud para los pueblos indígenas.

### **Reforma psiquiátrica en México**

La OPS colabora con las autoridades nacionales de salud para el establecimiento de servicios de salud mental basados en la comunidad, que hagan efectivo el derecho a la atención y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales.

Se promueve una inclusión activa de la salud mental en las políticas de salud mediante el estímulo a la creación de dispositivos que favorezcan la accesibilidad y mejoren sustancialmente la cobertura, promuevan los derechos humanos y la desestigmatización, favorezcan la continuidad de los cuidados y una efectiva reinserción en el medio habitual de vida de las personas. Esto supone la creación de equipos de trabajo interdisciplinarios, el trabajo intersectorial y la inclusión de recursos no convencionales; asimismo, comprende a los vecinos, las familias y los líderes sociales, entre otros. Se trata de una labor que apunta al respeto e integración del “diferente” en general, desde un enfoque socio sanitario.

Para fortalecer el proceso de la reforma psiquiátrica en México, la OPS participa en numerosos eventos públicos en diversas localidades o el Distrito Federal, organizados por universidades u organismos de derechos humanos, y se interviene en las notas de prensa que solicitan los medios masivos de comunicación. Asimismo, expertos de otros países convocados para colaborar con un diagnóstico de situación efectúan visitas a los estados y se presentan a las autoridades las recomendaciones respectivas.

México promueve la creación de un movimiento nacional que sustente y consolide la decisión política de la reforma. Este movimiento incluye asociaciones de usuarios y familiares, asociaciones de mujeres indígenas y asociaciones de profesionales. La labor con estas consiste en favorecer su creación, establecimiento y fortalecimiento a nivel local y nacional.

Con respecto a iniciativas concretas de trabajo, se incluye a legisladores para lograr la actualización de las leyes y a alcaldes y gobernadores para lograr su compromiso efectivo. Se favorece el desarrollo de estrategias de trabajo a nivel local por medio de la incorporación activa de organizaciones no gubernamentales, líderes religiosos, policías, maestros y gremios.

52. Al comienzo de 2005, el gobierno de la **República Dominicana** creó la Comisión Nacional de Salud y Turismo (CONSATUR) como parte del Plan Nacional de Salud y Turismo, con objeto de proporcionar atención sanitaria integral a los trabajadores del gremio. El sector turístico es una de las fuentes principales de ingresos de los dominicanos y se ha visto afectado recientemente por brotes de enfermedades que han causado millones de dólares en demandas y en ingresos perdidos por cancelaciones masivas. Esta alianza entre los sectores público y privado facilitará la detección temprana de las enfermedades importadas, así como la coordinación y el seguimiento de las medidas sanitarias implantadas para la prevención y el control de la malaria. El plan también impartirá capacitación a los prestadores de asistencia sanitaria en los centros turísticos del país.

### **Comisión del Caribe para la Salud y el Desarrollo**

La Comisión del Caribe para la Salud y el Desarrollo (CCHD, por su sigla en inglés) se estableció a petición de los jefes de Estado del Caribe como componente de la Declaración de Nassau para la Salud, en julio de 2001. El producto principal de la CCHD es un informe para el cual se encargaron artículos especiales; consultas técnicas; debates de mesas redondas sobre política; presentaciones del Presidente del Consejo de CARICOM para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD, por su sigla en inglés), el Comité de Ministros de Salud de CARICOM, los jefes de gobierno de CARICOM y el Foro para el Desarrollo del Caribe; las presentaciones a los gabinetes del Caribe por un grupo de comisionados y personal de la Secretaría; sesiones de promoción y comunicación para ampliar los conocimientos al conjunto de la comunidad del Caribe; el lanzamiento oficial del Informe de la Comisión del Caribe para la Salud y el Desarrollo; y las iniciativas en los países para fomentar la adopción de las recomendaciones de políticas formuladas en el informe final de CCHD.

### **Estrategia de Cooperación del Caribe Oriental**

Durante 2004, la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe celebró una serie de consultas con los gobiernos de los miembros y los miembros asociados de la Organización de los Estados del Caribe Oriental<sup>1</sup> (OECA), Barbados, asociados donantes y para el desarrollo, la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales con miras a elaborar la Estrategia de Cooperación del Caribe Oriental (ECCS, por su sigla en inglés). Esta iniciativa guiará la cooperación técnica que se proporciona al sistema de la OMS completo, con arreglo a la Iniciativa de Atención Centrada en los Países de la OMS para mejorar el desempeño de los países.

El ECCS se concibió teniendo en cuenta *a)* las necesidades, los intereses y las expectativas de los países con atención especial a los desafíos de salud y desarrollo; *b)* el marco normativo de la OPS/OMS, y *c)* el trabajo de otros asociados en el desarrollo, en particular en sus actividades y métodos. El ECCS debe ayudar a los países a mejorar la gestión de la cooperación para el desarrollo en el sector de la salud y contribuir al logro de las diversas iniciativas mundiales, regionales y subregionales definidas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), las estrategias de la OPS/OMS, la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECA), la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CCH) y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD).

53. *Acceso a los medicamentos.* El acceso oportuno a los medicamentos esenciales a bajo costo es un tema cardinal en la Región. Los obstáculos principales con que se enfrentan los Estados Miembros son la selección de productos de calidad, el financiamiento, la contención de costos, los derechos de autor y las patentes y la gestión de suministros. La OPS está ayudando en este cometido mediante el programa regional, que apoya la formulación de políticas farmacéuticas que promuevan el acceso equitativo y el

<sup>1</sup> Los miembros de la Organización de los Estados del Caribe Oriental son Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y los Territorios de Ultramar del Reino Unido en el Caribe de Anguila, Islas Vírgenes Británicas y Montserrat.

uso de métodos para vigilar el desempeño. Promueve asimismo el uso de los productos genéricos y otras estrategias para contener costos y reducir al mínimo la violación de los derechos de autor. Al mismo tiempo, apoya el fortalecimiento de los sistemas de suministro y adquisiciones. El programa trabaja en colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas, los centros panamericanos, las autoridades nacionales y locales y varias ONG en la Región. La OPS ha participado en las negociaciones de los antirretrovíricos, en dos rondas regionales celebradas en Perú y Argentina, en compañía de 11 países.

### **La Prevención y Rehabilitación de Discapacidades**

En el marco de los Planes Nacionales de Salud y Desarrollo Social, OPS ha colaborado estrechamente con los países de la Región para formular y elaborar las políticas y los planes nacionales para incluir cuestiones de discapacidad y alcanzar el objetivo de la Equiparación de las Oportunidades. Actualmente están en proceso de formulación o revisión de sus respectivos planes: Panamá, Bolivia, Honduras, Guatemala, Venezuela, Paraguay, República Dominicana. Planes ya definidos en: Colombia, Nicaragua, El Salvador, Cuba, Argentina, Chile, Ecuador.

La OPS ha estado colaborando conjuntamente con el Instituto Nacional de RHB de Perú para incluir y desarrollar a un Sistema de Información de Discapacidad en los Sistemas de Información Sanitaria, para perfilar los modelos demográficos cambiantes de las causas de las discapacidades, tipos de discapacidades, así como identificar la naturaleza de las intervenciones necesarias. Este programa puede modificarse en consecuencia a las necesidades de los países y ha experimentado un proceso de validación en el Perú, Venezuela, Nicaragua, Brasil, El Salvador y Honduras. Así mismo, se ha impulsado el desarrollo de estudios específicos de discapacidad en la población general en: Nicaragua, Chile, El Salvador y más recientemente en Panamá. Paralelo a estos desarrollos se ha iniciado la aplicación de la metodología de análisis de situación de las personas con discapacidad teniéndose ya concluidas en: Costa Rica, Chile y Panamá; en proceso Nicaragua, El Salvador y Bolivia.

Ante la crítica situación de inequidad de acceso a los servicios de salud en rehabilitación, existente en la región, la OPS ha promovido activamente y adoptado la estrategia de RBC para responder a las necesidades de aumento de cobertura de atención en rehabilitación y la promoción de la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad. La OPS ha logrado tener éxito al proporcionar ayuda técnica para la aplicación de las estrategias de RBC en los siguientes países: Colombia, Argentina, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Uruguay, Paraguay, Bolivia y Guatemala. Además, a colaborar con estos países, las estrategias de RBC se han extendido en las zonas indígenas de Venezuela, Guyana, Perú, Bolivia, Panamá, Honduras y Nicaragua así como las zonas suburbanas de México, Perú, Brasil y Venezuela.

El movimiento mundial para prohibir las minas terrestres ha promovido la cooperación entre Canadá, México y la OPS para elaborar un plan de acción en apoyo a los sobrevivientes de las minas terrestres antipersonales y otras personas con discapacidades en Centroamérica. La Iniciativa Tripartita es un programa plenamente operacional siendo aplicado en El Salvador, Honduras y Nicaragua.

## **Enfrentar juntos los nuevos desafíos**

### ***La lucha contra la infección por el VIH/SIDA***

54. La Iniciativa "tres millones para 2005" es una oportunidad de renovar el compromiso de la OPS a favor de la detención y reversión de la epidemia de infección por el VIH/SIDA en la Región mediante esfuerzos concertados y alianzas con los gobiernos, la sociedad civil, personas infectadas por el VIH y organizaciones bilaterales y multilaterales importantes. En enero de 2004, se estableció un grupo de estudio con representantes de los Estados Miembros, las personas infectadas por el VIH, los asociados externos y el personal de la OPS/OMS. El grupo de estudio examinó la iniciativa mundial y propuso cinco orientaciones estratégicas para que la Región progrese.

55. En enero de 2005, el Comité Técnico Consultivo (CCT) sobre la infección por el VIH/SIDA y las ITS (infecciones de transmisión sexual) se reunió por primera vez en Boca Chica, República Dominicana, junto con los Estados Miembros y varios asociados para el desarrollo. El CCT, que integran expertos reconocidos de la Región, presentó un conjunto de recomendaciones. El CCT sigue estas recomendaciones activamente, y hace sugerencias constantemente a los Cuerpos Directivos de la OPS. Con recursos adicionales movilizados al amparo de la Iniciativa "tres millones para 2005" por conducto de la OMS, se han descentralizado los recursos financieros y humanos a los países para velar por la aplicación eficaz de esta estrategia. Hasta la fecha, 80% de los Estados Miembros están ejecutando un plan de trabajo utilizando los recursos asignados para fortalecer la respuesta del sector de la salud y crear sinergia con otros recursos existentes. El reclutamiento de personal nuevo para fortalecer la respuesta de la OPS se aceleró a nivel regional y en los países prioritarios.

56. En el Caribe, la Iniciativa "tres millones para 2005" fortaleció la armonización de los recursos de OPS/CAREC mediante reuniones regulares de consulta, seguimiento y evaluación con asociados. Esta colaboración renovada ha dado lugar a cambios fundamentales en las estrategias y los procesos, incluida la participación de OPS/CAREC como beneficiario secundario del proyecto de PANCAP-Fondo Mundial y el Proyecto PANCAP-Banco Mundial. Trinidad y Tabago ha comenzado la ejecución de un plan estratégico quinquenal, para el cual el gabinete nombró el Comité Coordinador Nacional para el SIDA. La infección por el VIH/SIDA se aborda como un problema de desarrollo en Visión 20/20, un proceso cuya finalidad esencial es transformar el país en una sociedad desarrollada en el año 2020.

57. Para controlar la infección por el VIH/SIDA se ha tenido que ampliar el alcance de los elementos relacionados con la cooperación técnica haciendo hincapié en las infecciones de transmisión sexual comunes (ITSC), la salud reproductiva sexual, los jóvenes como objetivo, la prevalencia de la infección por el VIH/SIDA, las tasas altas de embarazo de

adolescentes, y la mujer, considerando la tendencia creciente de infección entre este grupo transmitida sobre todo por relaciones heterosexuales. La OPS/OMS ha forjado una alianza sostenible con grupos de la comunidad y las autoridades sanitarias nacionales con un enfoque renovado que reconoce la necesidad de volver a analizar los temas centrales, como la política marco, la sinergia de las intervenciones, el fortalecimiento de la competencia, la movilización de recursos, el fortalecimiento de las intervenciones de prevención y promoción de la salud al nivel de la comunidad y el fortalecimiento institucional. Una tercera parte de los Estados Miembros de la OPS ha firmado los acuerdos para la participación en el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública establecido en 2000, que vincula los procesos técnicos en la regulación de la oferta de los productos estratégicos de salud pública con las adquisiciones del producto. A fines de 2004, los países participantes habían usado el mecanismo para adquirir US\$ 18.000.000 de suministros esenciales de salud pública. En 2005, Brasil, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y también disfrutaron los beneficios del fondo estratégico.

58. El Grupo de Directores Regionales (GDR) de los Organismos Copatrocinadores del ONUSIDA y la Secretaría, establecido en 2003, es un mecanismo de alto nivel favorable al fortalecimiento y la coordinación de las medidas de las Naciones Unidas para apoyar las respuestas nacionales a la infección por el VIH/SIDA. Una decisión básica adoptada por el GDR durante su reunión del 3 y 4 de marzo de 2005, que tuvo lugar en la sede de la OPS, de comenzar en los meses siguientes un proceso para armonizar y alinear la cooperación internacional en la esfera de la infección por el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Este proceso requiere la participación de las autoridades nacionales; las instituciones financieras bilaterales, multilaterales e internacionales principales; fundaciones, y las iniciativas mundiales de salud y desarrollo. Como primera medida en este sentido, el GDR se reunió con el Presidente y los altos funcionarios del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), así como con representantes de varios organismos de Estados Unidos, incluidos la Oficina del Coordinador Mundial del SIDA del Departamento de Estado, la Agencia para el Desarrollo Internacional y el Departamento de Salud y Servicios Sociales y los CDC. Esta reunión generó un diálogo político y estratégico que augura un proceso satisfactorio de armonización futura.

59. Se ha reconocido el valor agregado de la OPS como facilitadora del diálogo entre los asociados para el desarrollo, los gobiernos y la sociedad civil, e instrumento potente para fomentar el programa de lucha contra la infección por el VIH/SIDA en la Región. Su capacidad de movilizar conocimientos técnicos especializados en los países y otras regiones ha contribuido a la formulación de planes de acción y a la aplicación de estrategias importantes. La experiencia adquirida se ha usado para fomentar la armonización y colaboración en la Región. En 2005, la OPS comenzó el proceso para la formulación del Plan Regional para el Control del VIH/SIDA 2006-2015, que se propone para mejorar las actividades nacionales y regionales dirigidas a detener y revertir la epidemia de infección por el VIH/SIDA, conforme a los ODM.

**La Cumbre Extraordinaria de las Américas en Monterrey (México) y la  
Declaración de Nuevo León**

En enero de 2004, en la Cumbre Extraordinaria de las Américas, que se celebró en Monterrey (México), los jefes de gobierno de América Latina y el Caribe firmaron la Declaración de Nuevo León, que fija la meta de proveer tratamiento antirretrovírico universal a todos los que lo necesiten, lo más pronto posible y al menos a 600.000 personas que lo necesiten cuando se celebre la próxima Cumbre, en 2005. Además, en septiembre de 2004, los Estados Miembros de la OPS aprobaron la resolución CD45.R10 que insta a ampliar los esfuerzos para prevenir y tratar la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual dentro del contexto de una respuesta integral a la epidemia.

Como consecuencia del compromiso político de los gobiernos y la movilización extraordinaria de recursos humanos y financieros, incluidos los del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, el Plan Presidencial de Emergencia para Paliar el SIDA (PEPFAR, por su sigla en inglés) y el Banco Mundial, cuando se celebre la Cuarta Cumbre de las Américas se habrá alcanzado y excedido la meta de tratar a 600.000 personas que necesiten antirretrovíricos. A fines de junio de 2005, el número estimado de personas en tratamiento en los Estados Miembros, incluidos Canadá y los Estados Unidos, era de 622.275. Casi todos los países aumentaron sustancialmente la cobertura de tratamiento desde enero de 2004, cuando se anunció el compromiso. En América Latina y el Caribe, se registraron 108.415 nuevos tratamientos en este período, puesto que el número de personas tratadas aumentó de 196.000 a 304.415. Este aumento considerable y constante fue posible por el alto nivel del compromiso y la actuación intensificada de los países de la Región, así como por el apoyo adicional de los asociados para el desarrollo.

***La Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia***

60. La violencia en las Américas es un fenómeno creciente y una grave amenaza para la salud pública. América Latina es una de las regiones más violentas del mundo, con una tasa de homicidios del triple de la del resto del mundo y 75% de los secuestros del mundo. Los niveles extremadamente altos de violencia afectan al potencial de desarrollo, ya que son obstáculos para el desarrollo social y económico y el bienestar de los pueblos americanos. Al promover una estrategia integral de prevención de la violencia, basada en métodos debidamente comprobados de salud pública, la Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia (CIAPV) ha ayudado a encontrar soluciones económicas, respetuosas de los derechos, a los retos que plantean los niveles elevados de violencia. La OPS, mediante su apoyo constante al CIAPV y ofreciéndose como sede de la Secretaría de la Coalición, ha ido a la vanguardia de esta iniciativa.

61. La CIAPV se creó en junio de 2000 como una alianza innovadora de organizaciones bilaterales y multilaterales de desarrollo. La CIAPV ha destacado dos prioridades concretas para 2005-2006: la violencia juvenil y las pandillas y la prevención

de la violencia a nivel municipal. La CIAPV administra un proyecto financiado por la AID de Estados Unidos que vigila los indicadores municipales de violencia, promueve los observatorios municipales de violencia y ejecuta los planes municipales de prevención de la violencia en seis países centroamericanos. La CIAPV ha tenido consecuencias importantes en América Latina en conjunto. Cabe mencionar la aceptación creciente de la prevención de la violencia como un instrumento indispensable para encontrar soluciones positivas a los niveles crecientes de violencia en las Américas.

62. Al nivel subregional, la Agencia de Cooperación Técnica Alemana (GTZ, por la sigla en alemán) y la OPS han puesto en práctica el proyecto Fomento del Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia en seis países de la Región (Argentina, Colombia, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Perú). Su finalidad es promover la participación de los jóvenes en la gestión de los programas de fomento juvenil. Con la colaboración de otros sectores afines, el proyecto procura incorporar un enfoque para la prevención de la violencia en las políticas públicas y apoyar la transferencia de conocimientos y el intercambio intrarregional sobre la juventud y la prevención de la violencia. En Colombia, el proyecto ha encontrado experiencias locales de prevención de la violencia en las que participan los jóvenes con miras a sistematizar las enseñanzas extraídas, los conocimientos y las prácticas de la juventud.

63. En **El Salvador**, la iniciativa Violencia Intrafamiliar (VIF) pretende consolidar un modelo integral para la prevención de la violencia dentro del sector de la salud y ampliar su aplicación a más comunidades. Las actividades actuales se centran en el establecimiento de redes locales, el fortalecimiento de la participación social y la coordinación intersectorial, y la selección de estrategias de intervención para prevenir la violencia en un contexto institucional. Se ha hecho hincapié en usar el concepto de género como una cuestión transversal en la formulación y vigilancia de los planes y programas de salud.

64. En **Jamaica**, la Alianza para la Prevención de la Violencia (APV) es una red de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, privadas e internacionales comprometidas con la prevención de la violencia interpersonal y el mejoramiento de los servicios a las víctimas en el marco del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* de la OMS. La alianza no ejecuta los programas ni presta servicios, sino que alienta a sus asociados a realizar actividades compatibles con su misión. Las actividades de la APV tienen como meta facilitar la formulación de políticas, programas e instrumentos para poner en práctica las recomendaciones del informe de la OMS en Jamaica, y procurar fortalecer la cooperación multisectorial sostenida alrededor de esta visión compartida de la prevención de la violencia. En una fase inicial, la APV ha establecido dos grupos de trabajo: Comunicación y Educación para el Cambio del Comportamiento e Intervención en pro de las Comunidades Seguras. Desde la creación de la APV, se ha promovido la celebración del Día de la No Violencia durante el día de conmemoración de Bob Marley, en febrero de 2005. Además, se han elaborado los Criterios para las Comunidades Seguras,

que han sido respaldados por 15 comunidades, como una manera de alentar a las comunidades a esforzarse para lograr y mantener una coexistencia pacífica.

***Nuevas normas para afrontar los retos mundiales de la salud***

65. El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) se ha revisado para abarcar la amenaza que plantean la aparición y el resurgimiento de las enfermedades infecciosas y el riesgo más alto de su propagación internacional, en particular, por el crecimiento del transporte aéreo comercial y del comercio. La experiencia adquirida con la aparición y propagación internacional rápida del síndrome respiratorio agudo grave (SARS por la sigla en inglés), en 2003, y la detección de la transmisión humana de un virus de la gripe aviar sumamente patógeno, en 2004, han sido una manifestación patente de estas amenazas y riesgos. El texto nuevo del Reglamento Sanitario Internacional, adoptado por la 58.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, orientará adecuadamente a la comunidad internacional de la salud pública sobre un código de conducta ante las emergencias de salud pública de interés mundial.

66. La OPS ha logrado aprovechar las oportunidades que brindan los sistemas regionales de integración para armonizar las normas y las prácticas relacionadas con el movimiento transfronterizo de las personas, los medios de transporte y los productos, como una vía para reducir los riesgos relacionados con la salud pública. Se celebraron cuatro reuniones subregionales de consulta, en Río de Janeiro (países del Mercado Común del Sur [MERCOSUR] y de la Comunidad Andina); Boca Chica, República Dominicana (países centroamericanos, República Dominicana [(RESSCAD] y Cuba); Saint George's, Granada (países de habla inglesa del Caribe); y Ottawa (Canadá, México y Estados Unidos de América). En algunos casos, estuvieron presentes los representantes de los sectores del transporte, la agricultura, la ganadería, las relaciones exteriores y la inocuidad de los alimentos. Los resultados fueron determinantes para sentar las bases para el Grupo de Trabajo Intergubernamental que se reunió en Ginebra.

### **Sistema de Información y Comunicación en Salud del MERCOSUR**

Como parte de los proyectos y planes comunes de la Reunión de Ministros de Salud de MERCOSUR y Estados Asociados (Bolivia y Chile) y dependiente de la misma, se ha desarrollado el Núcleo de Articulación N° 1 “Sistema de Información y Comunicación en Salud del MERCOSUR”.

Sus objetivos son: el diseño, la elaboración, el establecimiento y el mantenimiento de un sistema de información y comunicación sobre temas de salud, para atender a órganos y entidades participantes del MERCOSUR, así como al público en general, para promover la articulación y la integración entre los Estados Partes y Asociados, y el intercambio de datos, información y experiencias.

Finalmente, la identificación de sistemas de información y sistematización de captura y procesamiento de datos, la identificación de información prioritaria de y recursos para la integración de los sistemas de información, educación y comunicación en salud en los Estados Partes y Asociados, la identificación y divulgación de experiencias significativas —especialmente en educación a distancia en salud, cultura popular como vehículo de mensajes de salud, mercadeo social, programas de capacitación y movilización comunitaria, entre otras—; la promoción de experiencias en cada Estado Parte o Asociado —tales como registros impresos, audiovisuales y electrónicos, talleres itinerantes de capacitación y encuentros internacionales—; el establecimiento de un flujo regular de información en salud con actualización continua, y la identificación del perfil de los profesionales que actúan en dichas áreas.

67. A nivel de país, los ministerios de salud, con apoyo de la OPS, establecieron los grupos de trabajo nacionales con una representación institucional amplia compuesta de las partes interesadas, por ejemplo, relaciones exteriores, agricultura, ganadería, comercio y turismo. Además, el MERCOSUR y los Estados Parte Asociados organizaron, con la cooperación técnica de la OPS, dos actos excepcionales para llegar a un consenso, a los cuales se invitó a los países andinos. Como consecuencia, se produjeron dos libros blancos, que se conocen como las declaraciones de Montevideo y de Buenos Aires. La adopción del nuevo Reglamento Sanitario Internacional representa desafíos y oportunidades para los Estados Miembros y la Organización en los años venideros. El cumplimiento de las obligaciones del reglamento exige el mantenimiento o mejoramiento de las infraestructuras de salud pública para contar con capacidad central de vigilancia y respuesta y en los puertos, aeropuertos y pasos fronterizos terrestres. Al mismo tiempo, los ministros de salud necesitan continuar dirigiendo el proceso intersectorial, mediante la coordinación con los demás sectores nacionales que tengan alguna participación en el Reglamento Sanitario Internacional, como el comercio, el transporte, las relaciones exteriores y la agricultura y ganadería, para prepararse y responder a las emergencias de salud pública nacionales e internacionales.

### **Foro Centroamericano y de República Dominicana sobre Agua Potable y Saneamiento**

En el marco de la celebración de la XX RESSCAD, el 7 de julio de 2004 se constituyó en Boca Chica, República Dominicana, el Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento” (FOCARD-APS). En este mecanismo permanente de coordinación del sector en la región participan los entes rectores de agua potable y saneamiento de los países que la componen. Con la creación del FOCARD-APS culminó un rico proceso iniciado en la XII Reunión de la Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) en el año 2000.

La formalización del FOCARD-APS dentro del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) abre una nueva etapa para el desarrollo del SAPyS de la región, ya que institucionaliza y otorga una representatividad política regional formal que lo fortalece y lo transforma en el interlocutor autorizado ante todas las entidades nacionales e internacionales vinculadas con los servicios de APS.

La 1era Reunión del Consejo Directivo del Consejo Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (CONCARD-APS) realizada en San Salvador, en noviembre de 2004, procedió a ratificar la creación y constitución del FOCARD-APS, así como el seguimiento de las acciones tendientes al funcionamiento del Foro. El 20 e julio de 2005 se realizó en Belice la reunión preparatoria para el Segundo Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento.

Durante todo este proceso la OPS apoyó en la creación del modelo conceptual de la propuesta del FOCARD-APS y en su contribución al desarrollo técnico de su estructura y funcionamiento.

Algunas de las actividades técnicas acordadas en el marco del Foro son, entre otras, la realización de un taller de unificación de conceptos básicos y fundamentales para el sector de agua potable y saneamiento; el seguimiento al Plan Regional para la Prevención y Reducción de la Vulnerabilidad en los Sistemas de Agua Potable y Saneamiento de Centroamérica y República Dominicana; la realización de un taller sobre formulación de lineamientos generales para la elaboración de los planes de agua potable y saneamiento rural, y un taller sobre el apoyo a la Reforma y Modernización del Sector APS en Centroamérica y República Dominicana.

68. El control del tabaco es un tema de salud pública que requiere alianzas entre los gobiernos y la sociedad civil lo suficientemente fuertes y creativas para contrarrestar las actividades tenaces de cabildeo de las empresas tabacaleras. La función de la OPS como intermediario y participante en estas alianzas ha precisado lograr un equilibrio delicado para contar con la confianza y la buena voluntad continua de los actores principales. Con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) en particular, el proceso poco conocido de la negociación de tratados planteó situaciones difíciles y ha ampliado radicalmente la capacidad de prestar cooperación técnica al nivel actual de movilización internacional de recursos. Hay que realizar esfuerzos multilaterales y bilaterales más

intensos y puntuales para conservar y aumentar los logros extraordinarios de salud pública en el control del tabaco registrados el año pasado.

### **Servicios de diagnóstico por imagen y radioterapia**

La radiología diagnóstica convencional —básica y especializada—, la radiología intervencionista, la ecografía y la medicina nuclear diagnóstica y terapéutica cumplen actualmente con una función esencial en los procesos clínicos de atención de la salud. El cáncer es la segunda causa de muerte en la mayoría de los países de la Región y se considera internacionalmente que la radioterapia seguirá siendo clave para su tratamiento en los próximos decenios. En comparación con otras modalidades terapéuticas, los costos por cada paciente tratado son relativamente bajos si los equipos se usan en forma óptima.

En año 2004, la OPS ha sido muy activa en la promoción, organización y patrocinio de actividades educativas como el Taller de Gestión Tecnológica e Ingeniería Clínica en Nicaragua, el XI Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Protección Radiológica en España, el Evento Internacional por los 70 años del Instituto Nacional de Cancerología en Colombia y el III Congreso Ibero Latinoamericano y del Caribe de Física Médica en el Brasil. Asimismo se puso en marcha una iniciativa regional para la formación de radiólogos en ultrasonografía, con la cooperación del Centro Colaborador Jefferson Ultrasound Research and Education Institute de los Estados Unidos.

A solicitud de las autoridades de salud, se evaluaron todos los servicios de radioterapia en Bahamas, Costa Rica y Nicaragua. Además, se inició el LXXV Proyecto del Acuerdo Regional de Cooperación para América Latina (ARCAL) del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) denominado Determinación de niveles de dosis de referencia en radiología convencional e intervencionista, que involucra a 11 países. Asimismo, se prestó asesoría técnica a Costa Rica y El Salvador para la incorporación de tecnología en los campos de diagnóstico y radioterapia.

### **Protección contra los riesgos de las radiaciones**

Las ventajas y los riesgos del uso de radiaciones, tanto en aplicaciones médicas, como industriales o de investigación, son bien conocidos. El elevado riesgo potencial para la salud que conlleva su uso hace necesario adoptar medidas especiales para la protección radiológica de los pacientes, los trabajadores, el público y el medio ambiente.

Los organismos internacionales con competencia en la materia, entre ellos la OPS, acordaron las Normas Básicas Internacionales de Seguridad para la Protección contra la Radiación Ionizante y para la Seguridad de las Fuentes de Radiación, endosadas por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana (resolución CSP24.R9), como un instrumento de regulación. Durante 2004, se revisaron y enviaron propuestas sobre las regulaciones y legislaciones a Bahamas, Honduras y Panamá.

Con respecto a la seguridad de los pacientes, en 2004 se verificaron más de 110 unidades de radioterapia en la Región, mediante el programa conjunto OIEA/OPS de verificación de dosis mediante dosimetría postal. Dentro de los comités internacionales en los que la OPS participa como miembro a nivel mundial, se asumió la secretaría del Comité Interinstitucional de Seguridad Radiológica (IACRS).

69. Además de **Brasil, Canadá y Estados Unidos de América**, que comenzaron a aplicar políticas de control del tabaco estrictas en 2004 y las han seguido fortaleciendo, 19 países de las Américas han adoptado medidas para mejorar el control del tabaco. Once países han adoptado políticas locales o nacionales que prohíben fumar, 9 han adoptado medidas de rotulación compatibles con las disposiciones del CMCT, que han implantado Cuba y Venezuela; en 7, las medidas importantes adoptadas para prohibir la promoción del tabaco todavía no se aplican, y 3 países han aumentado los impuestos a los productos de tabaco, aunque estos aumentos fueron limitados. Uruguay es el país que intensificó en forma integral y rápida sus esfuerzos para controlar el tabaco durante el período que abarca el informe.

70. La OPS ha trabajado en el control del tabaco con dos prioridades en mente: el CMCT y la iniciativa América Libre de Humo. Ambas prioridades se refuerzan mutuamente al fortalecer las capacidades del gobierno y la sociedad civil, así como la voluntad política, para aplicar medidas eficaces de control del tabaco. Desde julio de 2005, nueve países de las Américas habían ratificado el CMCT —Canadá, Chile, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Perú, Trinidad y Tabago y Uruguay— y al menos otros tres habían aprobado la ratificación —Bolivia, Guatemala y Venezuela—. Las alianzas creativas y las actividades en colaboración en el seno de los gobiernos, las organizaciones intergubernamentales y las organizaciones no gubernamentales (ONG), y entre ellos, han provenido de estos esfuerzos para adoptar el CMCT en las Américas y aplicarlo posteriormente.

71. De manera análoga, la iniciativa América Libre de Humo ha reunido a los representantes de los gobiernos nacionales y locales y a las ONG para que participen en talleres de planificación de la OPS organizados para nueve países. El proceso de planificación incluía una muestra representativa amplia de la sociedad civil, incluidos no sólo los grupos y ministerios de salud, sino también los sindicatos de profesores, los estudiosos, las organizaciones ambientales, los grupos de trabajo y los miembros de los medios de comunicación. La participación de la sociedad civil en el proceso de análisis del CMCT y la planificación de entornos libres de humo de tabaco fue importante. El proceso ayudó a atraer ONG nuevas de las Américas a trabajar en el control del tabaco, reactivar otras y abrió el diálogo entre las ONG y los gobiernos del mismo país, en muchos casos por primera vez (muchas ONG de Canadá y los Estados Unidos de América; 33 organizaciones y coaliciones que representaban a la sociedad civil de 17 países de América Latina y el Caribe, la mayor parte bajo la égida de la Framework Convention Alliance (FCA); una coalición internacional de más de 200 ONG de más de 60 países, y la orientación de la Fundación Interamericana del Corazón). Asimismo, más de 520 organizaciones de profesionales de la salud en 30 países de América se unieron para apoyar las actividades de control del tabaco.

72. En **Argentina**, la OPS ha estado apoyando el trabajo de la Unión Antitabáquica Argentina (UATA), que representa a 239 profesionales, miembros de la comunidad

académica, activistas y 58 asociaciones profesionales. Para la celebración de 2005 del Días Mundial sin Tabaco, la alianza publicó los resultados de una votación nacional de estudiantes de medicina que se llevó a cabo con el apoyo de los CDC. La alianza también publicó el libro *Consumo de tabaco en Argentina, enfermedades, incapacidad y muerte*, y, con el apoyo de la OPS, ayudó al Ministerio de Salud y Ambiente en la promoción de nuevas leyes y la ratificación de los acuerdos internacionales. Los miembros de la alianza también han prestado declaración ante grupos de expertos del congreso, y han concedido entrevistas a los medios de comunicación social en las provincias de Buenos Aires, Mendoza y Río Negro, entre otras, para elevar el perfil local de la lucha contra el consumo de tabaco.

73. Con la ayuda de la OPS, gobiernos de las Américas, como los de **Canadá** y **Venezuela** y **Guatemala** y **Honduras**, también están colaborando bilateralmente en el control del tabaco. Los gobiernos y los asociados del MERCOSUR, con la participación de la OPS, están cooperando para ejecutar un plan de acción común y reducir el consumo de tabaco. Están en curso actividades conjuntas de vigilancia del tabaco en todos los países de las Américas gracias a la asistencia de todos los gobiernos de la Región, coordinadas por la OPS y con el apoyo de los CDC, la Asociación de Salud Pública del Canadá, el Instituto Nacional de Salud Pública de México y otros centros colaboradores, como el Instituto Nacional del Cáncer de Brasil y la Universidad Johns Hopkins. En la iniciativa Entornos libres de humo, la OPS ha reunido activamente ONG y gobiernos a diversos niveles jurisdiccionales en aras de promover los entornos sin humo de tabaco.

***La cooperación técnica entre países (CTP): Una herramienta eficaz para las alianzas entre países***

74. En gran medida como resultado del trabajo de la OPS con los países durante el último siglo, estos han logrado un nivel de competencia en materia de salud que les permite cooperar directamente entre sí y cosechar los frutos de la excelencia técnica en todo el continente. La cooperación técnica entre países (CTP), la estrategia puesta en marcha por la OPS en 1998, procura ayudar a fortalecer la capacidad, desarrollar recursos humanos y afianzar las instituciones en los países. También pretende consolidar las relaciones entre los países y aumentar el intercambio técnico y científico entre ellos.

75. Los proyectos de CTP son un ejemplo concreto de los beneficios que resultan de forjar asociaciones para promover la salud. Durante el período 2004-2005, se han presentado a la Oficina más de 65 proyectos. Estos proyectos incluyen a la mayoría de los países de la Región y es importante destacar que, si bien los ministerios de salud siguen siendo los responsables primarios, en los últimos años ha habido una tendencia a diversificar el número de actores e instituciones, tanto a nivel nacional como local. Hoy en día, estos actores comprenden: centros académicos y colaboradores, otros sectores (de agricultura y ganadería, educación y asuntos vinculados con la mujer), municipios,

organizaciones de la sociedad civil, asociaciones profesionales y otros organismos. Durante este bienio, se han focalizado los proyectos de CTP principalmente en el desarrollo sostenible y las intervenciones intersectoriales, la información y la tecnología sanitarias, el acceso universal a los servicios de salud, la gestión de riesgos y el control de las enfermedades y la salud familiar y comunitaria.

76. La mayoría de los proyectos de CTP son atinentes al desarrollo sostenible y las intervenciones intersectoriales, ya que hay una marcada tendencia hacia la inclusión de la salud en el temario del desarrollo internacional. Por ejemplo, **Brasil** y **Cuba** han elaborado un proyecto sobre la vigilancia y la salud ambiental, concentrado en las prácticas óptimas de garantía de la calidad del agua para consumo humano, en el cual Brasil se está beneficiando con la vasta experiencia de Cuba durante situaciones de emergencia y desastres nacionales y en el establecimiento de laboratorios nacionales, mientras que Cuba saca provecho de la experiencia de Brasil en la detección de bacterias y toxinas.

77. **Argentina, Canadá, Chile y Uruguay** concentran su CTP en la formulación de políticas a largo plazo para brindar atención integral a los ancianos. El objetivo de este proyecto es fortalecer su capacidad técnica y conocimientos para planificar, diseñar, aplicar y vigilar políticas amplias que aborden las necesidades de este grupo de población. Se han logrado avances tanto en el Cono Sur como en Canadá, pero subsiste la necesidad de elaborar protocolos de acreditación y normas de clasificación para los hogares para jubilados y otros establecimientos geriátricos, y de crear opciones comunitarias para la atención de los ancianos y discapacitados.

78. **El Salvador, Honduras y Nicaragua** están participando en un proyecto para el desarrollo integrado de sus respectivas poblaciones a lo largo del corredor del golfo de Fonseca. El proyecto procura fortalecer la capacidad local mediante intervenciones de promoción de la salud y de prevención encaminadas a elevar los niveles sanitarios y nutricionales en estas comunidades fronterizas. El proyecto de CTP proporciona asistencia técnica y adiestramiento en organización local, formulación de proyectos participativos y gestión de proyectos, y apoya la elaboración de proyectos de macroproducción y de vigilancia comunitaria.

79. **Dominica, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis** están colaborando con **Barbados, Bahamas, Trinidad y Tabago, y Jamaica** en la construcción de una red de vigilancia para sus puertos. El proyecto procura ampliar a los demás países la experiencia que tuvo éxito en estos últimos, y hace hincapié en la reducción de los riesgos para la salud pública asociados con el tránsito de personas y productos. El proyecto incluye la construcción de un sistema común de vigilancia y control para prevenir la importación de agentes patógenos, entre otras cosas. Aborda la evaluación de programas de sanidad situados en los puertos en los países participantes, el establecimiento de alianzas políticas y la adopción de normas comunes para apoyar sus sistemas de fiscalización.

80. **Haití** y **Uruguay** trabajan juntos para hacer frente a la emergencia sanitaria del primero. El proyecto pretende fortalecer la participación de Uruguay en la fuerza de las Naciones Unidas de mantenimiento de la paz y se concentra en dos áreas: la incorporación de dos equipos uruguayos de salud y el apoyo al diseño y la aplicación de un proyecto sanitario en gran escala que será financiado por instituciones multilaterales.

81. En el área de la información y la tecnología sanitarias, **Argentina** y **Venezuela** están colaborando en un proyecto para fortalecer la vigilancia de la resistencia a los antibióticos. **Barbados**, **Guyana**, las **Islas Vírgenes Británicas**, **Jamaica**, **San Vicente y las Granadinas** están utilizando un sistema común de información perinatal con el apoyo del Hospital Universitario de las Indias Occidentales y el CLAP. Con respecto al acceso universal a los servicios de salud, **Costa Rica** y **México** llevan a cabo un intercambio de información y cooperación técnica en relación con el arbitraje médico, haciendo particular hincapié en la calidad de los servicios de salud y los sistemas de vigilancia, entre otros temas.

82. En el área de la salud familiar y comunitaria, **Cuba**, **Panamá** y la **República Dominicana** participan en un proyecto encaminado a fortalecer el componente de salud mental en los servicios de atención primaria. El proyecto se concentra principalmente en el intercambio de experiencias y tecnología, en particular en la reorganización de los servicios de salud mental y mediante una mejor atención primaria de salud. **Colombia** y **Ecuador** colaboran en un proyecto para mejorar los sistemas de salud en las zonas metropolitanas de Quito y Bogotá. El proyecto pone de relieve la prevención de la violencia y la seguridad.

83. La diversidad y la calidad de los proyectos actuales de CTP demuestran a otros países los beneficios de la capacidad y la experiencia existentes en la Región. Los proyectos de CTP generan un cúmulo de conocimientos, mejoran las relaciones entre los países y fortalecen los procesos de desarrollo nacional, que a su vez contribuyen a la solución de los problemas comunes y promueven la coordinación intersectorial y la formulación de políticas públicas sólidas.

**LISTA DE PROYECTOS DE CTP Y PAÍSES PARTICIPANTES EN EL PERÍODO 2004-2005**

<b>Países Participantes</b>	<b>Proyecto</b>	<b>Países Participantes</b>	<b>Proyecto</b>
ARG-BOL	Desarrollo del área temática AIEPI en el marco de las bibliotecas virtuales de las sociedades de pediatría	ARG-CHI-URU-CAN	Atención integrada y de largo plazo para las personas de edad con pérdida de la autonomía
ARG-NIC	Caracterización y estudios de la capacidad de clonación de <i>Vibrio cholerae</i> y <i>Escherichia coli</i> .	ARG-VEN	Fortalecimiento de la vigilancia de la resistencia a los antibióticos
BAR-BAH-DOM-JAM-SAL-SCN-TRT	Sistema de vigilancia en salud en los puertos	BAR-BVI-GUY-JAM-SAV	Establecimiento del sistema de información perinatal
BLZ-COR	Transferencia de conocimientos y experiencias en agricultura saludable e inocuidad de los alimentos.	BLZ-JAM	Fortalecimiento de los programas nacionales de inocuidad de los alimentos
BOL-COL	Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de los plaguicidas	BOL-CUB	Intercambio de experiencias sobre la integración de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud
BOL-PAR	Control de la fiebre aftosa	BRA-CHI	Fortalecimiento del patrimonio cultural
BRA-COR	Fortalecimiento de los modelos nacionales de promoción y protección de la salud de los pueblos indígenas	BRA-CUB	Proyecto sobre vigilancia en salud y ambiente
COL-CUB	Mejoramiento de la cobertura y calidad del sistema de información de mortalidad materna perinatal	COL-ECU	Sistematización e intercambio de experiencias sobre la organización y gestión de servicios de salud descentralizados para las poblaciones indígenas
COL-ECU	Sistematización de experiencias en políticas saludables y fortalecimiento de sistema de salud en áreas metropolitanas de Quito y Bogotá	COL-ELS	Agua y saneamiento en situaciones de emergencia
COL-ELS	Sistematización e intercambio de experiencias en el establecimiento de estrategias de rehabilitación de base comunitaria	COR-MEX	Intercambio y cooperación en salud en el campo de arbitraje médico
BAH-CUB	Fortalecimiento de los servicios de apoyo para la prestación de la atención de salud en las Bahamas	CUB-DOR-PAN	Fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de salud
CUB-ECU	Espacios y recursos de gobernabilidad para el desarrollo	CUB-HON	Vigilancia clínica, epidemiológica y microbiológica de la

	sostenible y la calidad de vida		leptospirosis humana
--	---------------------------------	--	----------------------

**LISTA DE PROYECTOS DE CTP Y PAÍSES PARTICIPANTES EN EL PERÍODO 2004-2005**  
 (cont.)

CUB-NIC	Vigilancia epidemiológica y entomológica del dengue y la malaria en Nicaragua, en el marco de la situación de emergencia por dengue	COR-ECU	Modelo de atención integral de salud
ELS-GUT-NIC	Reestructuración de los servicios y formulación de un modelo de salud mental comunitario	ELS-HON-NIC	Desarrollo del Corredor Social del Golfo de Fonseca
ELS-GUT-HON	Prevención y control de la transmisión de la enfermedad de Chagas	GUT-MEX	Reducción de los riesgos de transmisión de la rabia canina en el área de frontera
HAI-URU	Emergencia sanitaria de Haití	HON-NIC	Rehabilitación de brazos discapacitados por el síndrome de descompresión aguda en la zona de la Mosquitia
NEA-VEN	Desarrollo de la sala situacional vinculada con la gestión de los servicios de salud	COR-PAN	Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica mediante la red de información y comunicación del cordón fronterizo
PAR-URU	Fortalecimiento de la gestión del Subgrupo de Trabajo 11 "Salud" del MERCOSUR.		

***Acción conjunta en preparativos, mitigación y respuesta en casos de desastre***

84. Los desastres trascienden los límites geográficos y políticos. Cuando ocurre un desastre, sus efectos se extienden en general a más de un país y a todo el sector de la salud. En consecuencia, se deben introducir los preparativos para casos de desastre, la mitigación de sus efectos y las actividades de respuesta desde una perspectiva regional y de manera conjunta con los socios. En 2004, se produjo un aumento marcado de los acuerdos oficiales subregionales de cooperación, que abarcan los preparativos y las medidas de mitigación para casos de desastre, como resultado de iniciativas puestas en práctica en el pasado reciente. Este proceso es particularmente importante porque fortalece la posición del ministerio de salud y legitima la necesidad de abordar y reducir las consecuencias de los desastres en el sector. Una estrategia fructífera consistió en apoyar los mecanismos subregionales de integración para incluir en las agendas políticas de otros sectores los preparativos y la respuesta para casos de desastre en el campo de la salud. Como resultado de este enfoque, las naciones centroamericanas aprobaron en 2003 un plan para desastres en el sector de la salud que formalizó la cooperación técnica en las situaciones de desastre con el fin de dar una respuesta oportuna, organizada y eficiente. En este marco, en 2004 estos países ampliaron su cooperación para incluir otros temas.

85. Otra área que contribuyó a reforzar la cooperación técnica entre países fue el manejo de materiales peligrosos. Se ha promovido este tema mediante cursos regionales organizados en São Paulo por CETESB<sup>2</sup> y por el centro colaborador de la OPS/OMS sobre preparativos y respuesta para situaciones de emergencia química. Un grupo de participantes en el curso anterior provenientes de Panamá, elaboró con el apoyo de la OPS una iniciativa nacional que en 2004 evolucionó de una iniciativa de Panamá, la OPS y CETESB a un plan centroamericano, convirtiéndose de un asunto de salud de un solo país en un compromiso multisectorial de integración centroamericana. El interés de los ministros de salud involucró progresivamente a las instituciones responsables del ordenamiento del medio en el SICA.<sup>3</sup> Después de varios meses de negociación e intercambio de experiencias promovidos y apoyados por la OPS, los ministros de salud de Centroamérica y República Dominicana aprobaron el Plan Subregional para la Gestión Integral de Materiales Peligrosos. Este acuerdo incluye la participación de los secretarios de Agricultura y Ganadería, los secretarios del Medio Ambiente y el programa de eliminación de desechos y productos químicos del UNITAR.<sup>4</sup>

86. Como en años anteriores, el Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID) siguió ampliando sus actividades más allá de su misión original para recopilar y difundir información relacionada con desastres. En 2004, el CRID consolidó alianzas con varios socios externos, incluida la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM), el proyecto DIPECHO, la Red del Caribe de Información sobre Desastres (CARDIN), la Universidad de las Indias Occidentales, BIREME y los ministerios de salud y las comisiones nacionales para emergencias en las Américas, que permitieron al CRID ampliar su red de distribución a un costo relativamente bajo.

---

<sup>2</sup> CETESB: Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental, de la Secretaría Estatal del Medio Ambiente del Gobierno del Estado de São Paulo. ([www.cetesb.sp.gov.br/emergencia/emergencia.asp](http://www.cetesb.sp.gov.br/emergencia/emergencia.asp)).

<sup>3</sup> Sistema de Integración Centroamericana.

<sup>4</sup> Instituto de las Naciones Unidas para la Formación Profesional y la Investigación.

87. A nivel nacional, gracias a los múltiples actores humanitarios y los esfuerzos en marcha en Colombia para abordar problemas relacionados con la salud y el desplazamiento de la población, se elaboró un plan de acción humanitaria en 2004. Es un esfuerzo conjunto del gobierno de **Colombia**, grupos humanitarios de la sociedad civil, donantes y el sistema de las Naciones Unidas para contribuir, de una manera coordinada, a responder a las necesidades de salud de las poblaciones desplazadas en riesgo.

88. Durante más de veinte años, la Cooperación Suiza para el Desarrollo (COSUDE) ha trabajado en las zonas rurales de **Perú** para establecer o rehabilitar los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, impartir capacitación a nivel de la comunidad y promover la participación comunitaria en la planificación, la construcción y la operación de esos sistemas. Teniendo en cuenta que Perú es sumamente vulnerable a numerosos tipos de peligros naturales y que muchas de las comunidades en las

cuales trabaja la COSUDE están ubicadas en esas mismas zonas en riesgo, la OPS/OMS está trabajando con programas de ayuda humanitaria de la COSUDE en esta región con el fin de incorporar la reducción de riesgos en sus proyectos. La OPS/OMS y la COSUDE han asignado recursos a la OPS para preparar materiales que faciliten la participación comunitaria en la identificación de los riesgos en las zonas en las cuales se establecerán sistemas de abastecimiento de agua. Se están preparando materiales de referencia adicionales sobre la gestión de riesgos en los sistemas rurales de abastecimiento de agua y saneamiento y se adiestra a los técnicos y los profesionales que desarrollan estos proyectos.

89. En 2004, una serie de situaciones de emergencia en **Haití** —primero los disturbios populares causados por la partida del ex presidente Aristide en febrero, seguidos de inundaciones graves a mediados de año y, por último, los efectos de la tormenta tropical Jeanne en septiembre— contribuyeron a poner de relieve la necesidad de lograr un equilibrio entre las emergencias y el desarrollo. A fines de mayo, las lluvias intensas y las



El sistema de apoyo logístico entre organismos (LSS) sirve como instrumento de coordinación

El LSS (desarrollado sobre la base de los sistemas originales UNJLC y SUMA) realiza específicamente funciones de coordinación (a nivel tanto nacional como internacional) que no son abordadas por otros sistemas de seguimiento de productos creados o contratados por actores más grandes en el ámbito de la asistencia humanitaria. El LSS puede servir como un instrumento de control de inventario en organismos más pequeños (como las instituciones nacionales) que no pueden costear los recursos humanos requeridos por los sistemas existentes de seguimiento. El LSS tiene dos componentes: una aplicación basada en ventanas que puede funcionar como módulo independiente o de red y una aplicación basada en la Web. El empleo de una u otra aplicación o de una combinación de ambas dependerá de la situación en una determinada emergencia y de los recursos disponibles. El LSS puede trabajar con datos entrados directamente en la base de datos o con información recogida de otros sistemas de seguimiento. (Los datos sobre ciertos elementos poco frecuentes tendrán que ser entrados en forma manual).

inundaciones afectaron a unas 25 000 personas en el sudeste de Haití. La OPS colaboró con Médicos sin Fronteras, Médicos del Mundo, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Federación de Sociedades de la Cruz Roja para poner rápidamente en práctica intervenciones médicas y psicosociales, mientras que organizaciones no gubernamentales como OXFAM prepararon programas de abastecimiento de agua y saneamiento. En 2004, una rebelión obligó al presidente de Haití a salir del país; se estableció un gobierno provisional y las Naciones Unidas desplegaron una fuerza multinacional de estabilización para restaurar la ley y el orden. La comunidad internacional respondió en masa a la emergencia; la OPS participó activamente en la Misión de Evaluación Humanitaria de las Naciones Unidas en Haití y ayudó al gobierno provisional a coordinar los esfuerzos nacionales e internacionales en el campo de la salud después de la rebelión y durante el período posterior a la emergencia.

90. A petición del gobierno provisional y en respuesta a las necesidades determinadas en la evaluación humanitaria, la comunidad internacional posteriormente empeñó su apoyo a la recuperación de Haití en una conferencia internacional celebrada en abril de 2004 y organizó un proceso de planificación conjunta con la participación de las autoridades nacionales y locales, la sociedad civil, los donantes y organismos de cooperación. El proceso de planificación del Marco Provisional de Cooperación (ICF) incluyó al BID, organismos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y la Comisión Europea (CE), autoridades y ONG locales. La OPS/OMS fue el organismo coordinador, dentro del Comité Directivo del ICF para el Grupo Temático sobre Salud y Nutrición, y proporcionó apoyo técnico a las autoridades gubernamentales durante la planificación y la determinación de los costos para salud y nutrición y para abastecimiento de agua y saneamiento.

91. El 17 de enero de 2005 las intensas lluvias y las inundaciones posteriores, sin precedentes en **Guyana**, se abatieron con efectos devastadores sobre la costa este de Demerara. Se calculó que más de 270.000 personas resultaron gravemente afectadas. La OPS prestó apoyo pleno al Grupo de Estudio de Salud organizado por el Ministerio de Salud. Se emprendieron campañas de concientización y educación del público sobre agua potable, saneamiento, higiene personal, prevención de la diarrea, rehidratación oral y limpieza después de las inundaciones. La OPS también ayudó a movilizar recursos por conducto del Llamamiento Interinstitucional Urgente de las Naciones Unidas a favor de Guyana.

### **Bahamas: Respuesta de salud a los huracanes Frances y Jeanne**

El huracán Frances pasó por las islas Bahamas del noroeste como un huracán de categoría 2, con vientos de velocidades de hasta 110 mph, durante el 2 y 3 de septiembre de 2004. Las islas Ábacos y Gran Bahama soportaron la mayor parte del embate de la tormenta. Unas pocas semanas después, el 25 de septiembre de 2004, el huracán Jeanne, un huracán de categoría 3 con vientos de hasta 130 mph y lluvias intensas, pasó sobre las mismas islas. Ambos huracanes causaron daños graves a las comunidades pobres y vulnerables de las dos islas.

Como parte de la respuesta de la Organización, se le prestó apoyo al Ministerio de Salud en la preparación de una propuesta para que la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO) proporcionara asistencia de urgencia con el fin de reducir los riesgos para la salud de las poblaciones vulnerables en las islas afectadas. Las comunidades beneficiadas por el proyecto eran las situadas alrededor de un área conocida como Eight Mile Rock en Gran Bahama, con una población de aproximadamente 8.500 personas (la población total de Gran Bahama es de 46.954 habitantes, según el censo efectuado en 2000), y las comunidades de Mud, Pigeon Peas y Sand Bank en Ábacos, con una población de alrededor de 4.000 a 5.000 habitantes (la población total de Ábacos es de 13.170 personas, según el censo de 2000). Estas comunidades tienen una proporción alta de inmigrantes provenientes de Haití y otros países. Los componentes principales del proyecto fueron la gestión de residuos sólidos, el control de vectores, la promoción de la salud y la educación sanitaria.

El éxito de este proyecto fue el resultado de una asociación continua entre la ECHO, el organismo de financiamiento y la OPS, el organismo ejecutor. La Cruz Roja de las Bahamas, por conducto de su división en Ábacos, ya estaba apoyando las actividades de socorro inmediato a las comunidades y prosiguió su apoyo mediante este proyecto. Por último, las propias comunidades aprovecharon la oportunidad de mejorar sus conocimientos acerca de la salud y sus condiciones de vida.

### ***Ayuda para el desarrollo y alianzas estratégicas para la salud***

92. La cooperación internacional, en su totalidad, está experimentando cambios considerables que representan retos importantes para las instituciones del sector de la salud en los países de la Región. Por ejemplo, la armonización y la alineación de la cooperación internacional tienden a apoyar enfoques sectoriales y el financiamiento por los presupuestos nacionales. Al mismo tiempo, hay una tendencia a crear nuevas entidades o alianzas mundiales para afrontar problemas específicos de salud pública, que algunas veces trabajan en forma paralela y en otras ocasiones se suman a las instituciones de salud nacionales e internacionales. La situación nueva exige una conducción y coordinación más enérgicas del sector y la cooperación internacional por los ministerios de salud.

93. Las contribuciones netas a la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) en todo el mundo van en aumento. Han crecido de US\$ 69.000 millones en 2003 a US\$ 78.500 millones en 2004. Esta tendencia refleja en buena medida los compromisos contraídos acerca del financiamiento del desarrollo en la Conferencia de Monterrey, en 2002. La cooperación internacional en materia de salud también se ha incrementado mediante iniciativas mundiales como GAVI y GAFTM. Por otra parte, la cuota regional de AOD ha disminuido de 11% en 2001 a 8% en 2003, como resultado de la movilización de recursos internacionales para África, el apoyo a las economías de transición de Europa oriental y la demanda de esfuerzos de socorro humanitario, como la generada por el maremoto de 2004 y la reconstrucción en curso del Oriente Medio. Se espera que esta tendencia continúe en el próximo bienio.

94. En respuesta a esta situación, la OPS está optimizando la movilización de recursos mediante el establecimiento de alianzas y asociaciones estratégicas encaminadas a fortalecer la repercusión de los programas de salud en la Región y la promoción de la salud a nivel regional, subregional y nacional. Un ingrediente clave en este esfuerzo ha sido la identificación de intereses y temas estratégicos comunes a los organismos bilaterales, los Estados Miembros y la OPS. La Organización también ha tenido en cuenta temas emergentes, como los ODM, la proliferación de actores en el sector de la salud y los esfuerzos de armonización y convergencia internacionales, entre otros aspectos. El nuevo tipo de alianzas que generan estos temas requiere desplazarse de centrar la atención en un solo proyecto a un aplicar un enfoque programático más integral en el programa de trabajo de la OPS. Este enfoque, que comenzó con la NORAD en 2002-2003, ha sido aplicado en forma sostenida durante este período y ahora incluye colaboraciones de la OPS con la ACIDI, la ASDI, la AID y la AEI. Se ha tomado la decisión de ampliarlo plenamente como base para todas las actividades de movilización de recursos externos en 2006-2007.

### **Apoyo de la OPS a los países clave y Día de Guyana**

Guyana, uno de los cinco países clave de la OPS/OMS, tiene uno de los niveles más altos de pobreza de los países americanos. Sus retos fundamentales para el desarrollo abarcan conflictos políticos, violencia, pobreza generalizada, inequidad y desigualdades entre grupos sociales, étnicos y geográficos. También padece una emigración intensa de profesionales capacitados, entre otros, profesores y profesionales de la salud.

La Representación de la OPS/OMS en Guyana y la embajada de ese país en Washington, D.C., organizaron el Día de Guyana, que se conmemoró después del 45.º Consejo Directivo de la OPS, realizado entre el 27 de septiembre y el 1 de octubre de 2004. Participaron el Ministro de Salud, representantes de los organismos de desarrollo, instituciones financieras y varias ONG con oficinas en dicha ciudad. Se formó el Grupo de Estudio de Guyana, integrado por representantes de las unidades técnicas y administrativas de la OPS y la OMS; su objetivo es apoyar y facilitar la ejecución y el seguimiento de la estrategia de cooperación en los países. El Grupo de Estudio informará periódicamente a un grupo más amplio de apoyo formado por socios externos y a otros grupos internos que trabajan para elaborar políticas que repercutirían en Guyana.

El Día de Guyana se organizó por segunda vez en ocasión de la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2005. El Ministro de Salud de Guyana agradeció a la OMS y a la OPS la atención que habían prestado a su país y presentó una ponencia sobre los progresos realizados y los retos sanitarios que afrontaba. La estrategia de cooperación de Guyana para 2004-2007 abarca trabajar en las esferas siguientes: negociar y facilitar asociaciones con otros organismos para responder a los problemas de salud pública; promover la causa; influir en la política; la investigación y el análisis; prestar apoyo a la planificación y la adopción de decisiones basadas en datos científicos; intercambiar información y conocimiento para promover los modos de vida sanos; apoyar la planificación y ejecución de los programas; la movilización de los recursos; y la vigilancia y el seguimiento orientados a la equidad.

95. La confianza de los donantes en los sistemas de la OPS de planificación financiera y control interno es esencial para la ampliación del enfoque programático. La CIDA y la ASDI realizaron su propia evaluación independiente de los sistemas de la OPS en 2004, en ambos casos con resultados positivos. El CIDA, por ejemplo, concluyó que “es aconsejable y factible una relación mucho más estratégica. Teniendo en cuenta que todas las organizaciones afrontan retos continuamente, la OPS es muy respetada en la Región y su personal y sistemas son tan buenos y en algunos casos mejores que los de otros organismos multilaterales. El avance a una relación estratégica requerirá un cambio en la perspectiva de gestión dentro de la División del CIDA para las Américas. Este cambio implica pensar en la OPS no sencillamente como un mecanismo de suministro de proyectos, sino como un socio institucional competente donde el apoyo y el fortalecimiento de la institución es una meta adjunta a las actividades específicas apoyadas”. La ASDI llegó a la conclusión de que “a pesar de que es parte de la OMS, la OPS en muchos aspectos se presenta como una

organización regional independiente, segura de sí misma. Es más grande que muchas organizaciones y organismos (mundiales) de las Naciones Unidas y, con sus 102 años de existencia, se ubica entre las organizaciones multilaterales más antiguas de cualquier tipo”. . . . La “OPS es una organización con una visión y mandato específicos y con relaciones de trabajo bien establecidas con dependencias gubernamentales nacionales y ministerios de salud. Comparte este enfoque estratégico ‘reducido y simplificado’ con otros órganos funcionales de las Naciones Unidas y establece con tanta claridad sus objetivos en cuanto a las relaciones entre la visión, la meta y la estrategia que la mayoría de los demás organismos de desarrollo (bilaterales y multilaterales) sólo pueden envidiarla.”

96. Con respecto a los esfuerzos de armonización y convergencia y siguiendo los principios orientadores en materia de política de las Conferencias de Roma y de París en 2003 y 2005, respectivamente, la OPS, en colaboración con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, participó en un taller regional sobre armonización y convergencia para América Latina y el Caribe, realizado en Honduras en noviembre de 2004. Además, en Nicaragua se realizó en diciembre de 2004 un taller sobre armonización y coordinación de la cooperación internacional y enfoques multisectoriales para lograr los ODM en el sector de la salud, con la participación de nueve países de toda la Región; los ministros de salud de Nicaragua y Haití; representantes de organismos bilaterales, multilaterales y de las Naciones Unidas; y personal de instituciones nacionales de salud. El taller señaló la necesidad de la inserción de la salud como un componente clave en los planes nacionales de desarrollo y del liderazgo sectorial en el proceso de armonización y convergencia nacional.

### **Interagencial de Salud en Bolivia**

Bajo la Presidencia del Ministerio, se constituyó una comisión interagencial de salud. La iniciativa tiene como objetivo el fortalecimiento del liderazgo del Ministerio de Salud para coordinar y armonizar las actividades de los diferentes organismos de cooperación internacional presentes en el país. Para tal efecto, la comisión se reúne con una regularidad mensual o bimensual, para tratar un programa de temas que cubren las diferentes prioridades nacionales, tanto para el corto plazo como para mediano y largo plazos. Se presenta la situación con la respuesta nacional y se analiza la contribución que pueden aportar los diferentes organismos. Asimismo, se comparten criterios relacionados con las políticas de salud.

Participan de la Interagencial de Salud los diferentes organismos establecidos en Bolivia que realizan actividades de cooperación salud. Los miembros actuales son las representaciones de los organismos de cooperación de Bélgica, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón, Reino Unido y Suecia, así como del Banco Mundial, BID, la Comisión Europea, FAO, PMA, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNOD y OPS/OMS.

El beneficio principal de la Interagencial es la circulación de la información entre las diferentes partes interesadas. De esta manera, el Ministerio de Salud hace llegar su punto de vista sobre las necesidades nacionales y le permite explicar las acciones emprendidas, bajo su conducción. Algunos organismos han podido orientar sus acciones de corto plazo para responder a situaciones críticas. Sin embargo, debido a los ciclos de programación de los organismos participantes, la posibilidad de ajustes rápidos a los proyectos de cooperación que dependen de procesos de negociación relativamente largos, es disímil. La presencia de este grupo ha revelado también ser un elemento facilitador en los momentos de cambio institucional como lo ha sido en los últimos tiempos.

97. Teniendo en cuenta que las alianzas estratégicas y la movilización de los recursos se hacen cada vez más a nivel nacional, la OPS ha estado trabajando para establecer una red de comunicación entre las oficinas de relaciones internacionales de los ministerios de salud de toda la Región. En diciembre de 2004, mediante la iniciativa del Ministro de Salud de Perú y con el apoyo de la Comisión Europea, se celebró una reunión subregional de las oficinas de relaciones internacionales. La OPS tiene el compromiso de ampliar esta iniciativa y se propone realizar una reunión similar para Centroamérica y el Caribe.

### **Brasil: Formación de Grupos Temáticos**

Luego de la reunión de Panamá, donde se definió la necesidad de establecer equipos interagenciales en países seleccionados para cumplir con los compromisos de establecer la Visión Común del País, en el marco del Sistema de Evaluación Común para los Países (CCA), y la Planificación Conjunta de Acciones de Cooperación al País, en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF), ante la sugerencia del Coordinador Residente del Sistema al Equipo de las Naciones Unidas de Apoyo a los Países (UNCT), la OPS y su Representante tomaron a su cargo la coordinación del grupo interagencial para el CCA/UNDAF.

Dentro del proceso de reforma del sistema de las Naciones Unidas, y en seguimiento de la iniciativa del UNDG para el establecimiento de servicios comunes en los países, el 25 de mayo de 2005 se creó en Brasil el Equipo de Operación y Manejo (OMT- *Operation and Management Team*), con la presidencia de la OPS. El equipo permite asegurar la continuidad de las actividades del Grupo de Administradores de Agencias. El Grupo se creó en 2004, a propuesta de la OPS, para identificar sinergias y eficiencia a través de negociaciones comunes con proveedores, compartir recursos e información de uso administrativo. En mayo pasado se realizó un taller de revisión de la iniciativa de servicios comunes que identificó los temas a tratar y definió el sistema de comunidad virtual como metodología de trabajo, para facilitar la participación de los funcionarios localizados fuera de la ciudad de Brasilia.

Con la definición y la anuencia del UNCT y por ser la OPS líder y presidente del grupo de CCA/UNDAF, se decidió establecer una participación coordinada entre todas los organismos del Sistema de Naciones Unidas para quienes el ejercicio es obligatorio (PNUD, UNICEF, UNFPA y PMA (PMA no tiene representación en el Brasil) y la OPS. Por otro lado, se sumaron de manera permanente a este ejercicio UNDOC, CEPAL, OMM, PNUMA, UNESCO, OIT, UNUSIDA, FAO y UNIFEM.

Se fortaleció la posición de la Organización dentro del Sistema de Naciones Unidas y la visión de las autoridades nacionales sobre el papel de liderazgo de la OPS en la cooperación.

El ejercicio UNDAF permitirá que la OPS comparta responsabilidades dentro de la cooperación general del Sistema con Brasil y ayude a sumar esfuerzos individuales en la búsqueda de un trabajo conjunto entre esos organismos para presentarse como un solo cuerpo ante las instituciones nacionales.

### *Fortalecimiento institucional para el siglo XXI*

98. Durante los dos últimos años, se ha tratado ampliamente el tema del cambio institucional. Los debates han incluido al personal, el sistema más amplio de la OMS, otros organismos de las Naciones Unidas y Estados Miembros, en particular, el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. Desde el comienzo del proceso, se organizaron grupos consultivos de trabajo para rediseñar los procedimientos y las normas internas y contribuir al proceso.

99. El 44.º Consejo Directivo de la OPS solicitó al Comité Ejecutivo que estableciera un grupo de trabajo para examinar la situación de la OPS en el Siglo XXI. Con el propósito de cumplir con este mandato, el Comité Ejecutivo formó el Grupo de Trabajo y designó como miembros a Argentina, Barbados, Costa Rica, Cuba y Perú. El Grupo de Trabajo eligió al Ministro de Salud de Barbados como Presidente; se han celebrado seis reuniones, durante las cuales se identificaron los retos principales para la salud pública en la Región, así como la función de la cooperación internacional para abordarlos.

100. El informe final del Grupo de Trabajo reflejó el amplio debate relacionado con los retos que afrontaban la OPS/OMS y las respuestas requeridas. El informe analiza a fondo las nuevas funciones y responsabilidades para afrontar los retos que vayan surgiendo en los años venideros, abordando temas de salud pública así como las tendencias regionales en la cooperación internacional y la función de la OPS. Los temas abarcados también incluyen la gobernanza institucional, los recursos humanos y financieros, y métodos estratégicos de cooperación técnica. El informe tiene un capítulo específico con recomendaciones acerca de temas tales como los productos de salud pública; la ciencia, la tecnología y la investigación; el establecimiento de asociaciones y alianzas; y nuevas modalidades en la prestación de cooperación técnica.

101. Después de la presentación de la Estrategia de gestión para la puesta en práctica del Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para 2003-2007, la Directora presentó la Hoja de ruta para el cambio institucional de la Oficina. Ambos documentos especifican las áreas en que se concentrarán el mejoramiento y el cambio: los recursos humanos, la planificación, la evaluación y los procesos de gestión. La propuesta esbozó inicialmente cuatro objetivos internos para el cambio institucional: i) la cooperación centrada en los países y una mayor integración entre los diversos niveles institucionales y dentro de cada uno de ellos, incluida la OMS; ii) el fortalecimiento de la capacidad para actuar como foro regional para el debate y la formulación de políticas de salud pública; iii) la mayor disponibilidad de datos sanitarios e información de salud pública con el fin de apoyar la formulación de políticas, la elaboración de programas y el aprendizaje continuo para la producción, el intercambio y el análisis de la información, el establecimiento de redes y de alianzas; y iv) la creación de un ambiente propicio para la innovación en la prestación de cooperación técnica.

102. La Hoja de Ruta para la transformación institucional es un instrumento de gestión y comunicación que destaca los cambios institucionales clave, importantes para la OPS. Las 11 iniciativas expuestas en la hoja de ruta representan proyectos que convergen con los cinco cambios institucionales descritos en la visión y la estrategia de la OPS. La Hoja de Ruta es un plan de acción y un marco para lograr que estos cambios institucionales importantes también se ejecuten y se manejen de manera abierta, transparente y en colaboración, como un proyecto de cambio institucional. La hoja de ruta está diseñada para establecer comportamientos culturales y de liderazgo.

103. La elaboración de la Hoja de Ruta ha tomado varios meses e incluye aportes de múltiples partes de toda la Organización. En el contexto general del cambio institucional influyen también la nueva política del presupuesto regional por programas y las deliberaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI.

104. Los líderes de los equipos han sido seleccionados para cada proyecto sin atenerse a las funciones tradicionales asignadas al puesto, con la finalidad de ampliar las perspectivas de cada iniciativa; están colaborando con miembros de los equipos, provenientes de diversas funciones y ubicaciones, para establecer y ejecutar cada iniciativa.

### **Iniciativas de la Hoja de Ruta**

1. **COOPERACIÓN CENTRADA EN LOS PAÍSES:** Fortalecer la pertinencia, la eficiencia, y la eficacia de OPS/OMS al responder a las necesidades nacionales y subregionales de desarrollo sanitario, y facilitar la participación más eficaz de los países en la salud internacional y en los debates y acuerdos internacionales.
2. **EXAMEN DE LA ORGANIZACIÓN DE CSU:** Velar por que la Unidad de Apoyo a los Países (CSU) coordine eficazmente el apoyo institucional a los países y trabaje de acuerdo con la estrategia de cooperación centrada en los países.
3. **PROGRAMAS REGIONALES:** Definir el marco de orientación y los criterios operativos para la elaboración y puesta en práctica de los programas regionales.
4. **FORO REGIONAL:** Formular una propuesta para establecer y desarrollar el Foro para la Salud Pública en las Américas.
5. **APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO:** Mejorar la capacidad de la OPS como organización basada en el conocimiento y colmar la brecha entre *el saber y el hacer* dentro de los países de la Región y entre ellos.
6. **CREAR COMPETENCIAS PARA LIDERAZGO, APRENDIZAJE Y DESARROLLO:** Mejorar la capacidad y los medios del liderazgo en salud pública para poner en práctica la visión de la OPS.
7. **PERFECCIONAMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE MOVILIZACIÓN DE RECURSOS:** Velar por la movilización eficaz de los recursos para apoyar las prioridades programáticas en un entorno de recursos en constante cambio.
8. **ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO:** Establecer el capital humano como el principal recurso de la OPS y mejorar la capacidad de la Organización para cumplir sus compromisos con los socios, Cuerpos Directivos y donantes.
9. **MEJORAMIENTO DE LAS NORMAS DE RESPONSABILIDAD Y TRANSPARENCIA:** Fortalecer la responsabilidad individual e institucional mediante normas y procedimientos claramente definidos.
10. **APLICACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN INTERNA PARA MOVILIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN:** Establecer un compromiso a nivel de toda la Organización con la visión, misión y valores de la OPS.
11. **FORTALECIMIENTO DE LA COMUNICACIÓN EXTERNA:** Situar a la OPS en un lugar preponderante entre sus constituyentes clave y conseguir apoyo para los objetivos estratégicos de la Organización.

### **Siglas utilizadas en este documento**

AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
AIEPI	atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
AOD	asistencia oficial para el desarrollo
AOE	atención obstétrica esencial
APROFAM	Asociación Pro-Familia
APS	atención primaria de salud
ASDI	Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BMSF	Fundación Bristol-Myers Squibb
CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe
CAT	comité consultivo técnico
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CEPIS	Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente
CICC	Comité de Coordinación entre Organismos del País
CIDA	Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional
COSUDE	Cooperación Suiza para el Desarrollo
CTP	cooperación técnica entre países
ERP	estrategias de reducción de la pobreza
FAO	Organización para la Agricultura y la Alimentación
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
GTZ	Organismo Alemán para la Cooperación Técnica
IFF	Mecanismo Internacional de Financiación (Reino Unido)
JICA	Organismo Japonés de Cooperación Internacional
MCA	Cuenta para Afrontar los Retos del Milenio (EUA)
NORAD	Organismo Noruega para el Desarrollo
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	organizaciones no gubernamentales
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (EUA)
PLWA	personas que viven con el sida
PPME	Iniciativa sobre países pobres muy endeudados
PTMI	prevención de la transmisión materno-infantil
SARS	síndrome respiratorio agudo grave
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia