

CERRAR LAS BRECHAS DE SALUD EN LA POBLACIÓN MENOS PROTEGIDA



INFORME ANUAL DE LA DIRECTORA 2006



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

CAPÍTULO 1



PARA REDUCIR LAS INEQUIDADES EN SALUD

La búsqueda de la equidad en salud es uno de los principales objetivos que guían las acciones de la OPS en una Región que continúa siendo inequitativa. Esta inequidad puede medirse en términos de la distribución de los recursos, el diseño y la aplicación de políticas sanitarias y los resultados obtenidos por la aplicación de dichas políticas. En el ámbito de la salud esto se manifiesta en desigualdades en el acceso a los servicios, en la adecuación de la infraestructura para atender los problemas prioritarios, en las disparidades que se acentúan principalmente entre las áreas rurales y las urbanas, en las áreas de concentración de la pobreza y en los grupos en situaciones desfavorecidas como las mujeres, los niños, los indígenas, los jóvenes y los ancianos, o en la población expuesta a mayores riesgos, con mayores cargas de enfermedad o con mayores niveles de exclusión social.

Medición de las desigualdades de salud

Identificar y medir las disparidades y conocer la situación específica de salud de la población y sus tendencias, identificando los grupos y áreas más críticos, se vuelve esencial al momento de poder contar con información adecuada y pertinente para la toma de decisiones, para el desarrollo de políticas en salud y para poder evaluar el resultado de las intervenciones. La medición de las desigualdades entre países y dentro de un mismo país es el primer paso para hacer visibles las diferencias y estimular la toma de decisiones que pongan en marcha acciones y estrategias destinadas a reducir, y eventualmente a eliminar, dichas desigualdades.

En la Argentina, conjuntamente con el Ministerio de Salud, a principios de 2005 se conformó el Grupo de Trabajo sobre Desigualdades en Salud, que propició la realización de un taller sobre los métodos de determinación de desigualdades en salud. Además se desarrolló un programa de computación denominado Brechas, el cual se espera que promueva y facilite el análisis de las desigualdades en salud en este y en otros países de la Región.

También se ha avanzado en la desagregación de datos de salud a nivel subnacional. Los folletos de la serie *Situación de salud en las Américas: indicadores básicos* presentan hoy información por provincias o estados, e incluso por municipios o jurisdicciones. Un avance similar existe con el *Boletín de Inmunización* y con el folleto estadístico regional bienal *Género, salud y desarrollo en las Américas*,

una publicación conjunta de la OPS con el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM, por su sigla en inglés), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), y con financiamiento de la Fundación Ford y los gobiernos de Noruega y Suecia, en donde los datos básicos están desagregados por género. De igual manera, a la información publicada sobre el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se le han agregado datos sobre la cobertura con antirretrovirales, las infecciones de transmisión sexual y la coinfección de VIH y tuberculosis.

La Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud, realizada en México en noviembre de 2004, y su declaración sobre las investigaciones sanitarias y el conocimiento, han dado surgimiento a la creación de un registro de investigaciones, apoyando el despliegue regional de la *International Clinical Trials Registry Platform*. Igualmente se avanzó en armonizar la agenda regional de investigaciones de la OPS con la de la Organización Mundial de la Salud (OMS); se apoyó a los países con estrategias novedosas de cooperación para lograr mayor éxito en el uso de la evidencia científica para informar las decisiones de salud, y se contribuyó al desarrollo y fortalecimiento de redes entre expertos e instituciones interesadas.

La OPS contribuyó a la elaboración del informe conjunto entre todas las agencias regionales de las Naciones Unidas titulado *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*, publicado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); la OPS fue responsable del capítulo sobre la salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con aportes de FNUAP.

La Encuesta Centroamericana de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas, que forma parte de la Iniciativa Centroamericana de Diabetes, es un ejemplo único del monitoreo de enfermedades crónicas y sus factores de riesgo en una subregión entera, usando una metodología común. La encuesta estudió la prevalencia de diabetes, hipertensión, obesidad y sobrepeso, entre otros factores de riesgo, y se aplicó en los siete países centroamericanos a 8.383 personas, a casi tres cuartas partes de las cuales se le realizaron pruebas sanguíneas para detectar diabetes y colesterol elevado. La participación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) en el entrenamiento y estandarización de los entrevistadores y optometristas ha sido importante en este proceso, el cual ha permitido incrementar la capacidad técnica de los países para la vigilancia de enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

La Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, aplicada en la Argentina en 2005, tuvo como objetivo el análisis de las desigualdades por grupos de población; sus resultados permitirán cuantificar las diferencias en salud de grupos vulnerables, focalizar acciones directas desde el sector salud y facilitar la promoción entre otros sectores.

La Comisión sobre Salud y Desarrollo del Caribe, que responde a una iniciativa regional y global, presentó un informe sobre la situación de salud en el Caribe y las posibles soluciones para su estudio. Entre sus conclusiones destaca que los temas que tienen mayor impacto en los logros en salud son la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, VIH/sida y la violencia. El informe también urge a movilizar recursos para fortalecer la capacidad nacional y regional en medición y estadísticas de salud.

A 10 años del plazo establecido para el cumplimiento de los ODM, se ha realizado también el análisis de diferentes esquemas de protección social en salud vigentes en la Región; los elementos analizados incluyeron la capacidad para mejorar la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud, la habilidad para contrarrestar determinantes sociales que dañan la salud y la capacidad para ampliar la cobertura y el acceso a intervenciones de salud técnicamente apropiadas.

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes —que recoge información sobre prevalencia, actitudes y creencias en relación al consumo de tabaco— se continuó en 2005. Se llevaron a cabo reuniones con representantes de los gobiernos para analizar los datos producidos por la Encuesta, con vistas a la formulación de políticas públicas para el control del tabaquismo. A la fecha la encuesta ha sido aplicada en casi todos los países de la Región.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica, la OPS continúa monitoreando semanalmente el progreso de los países de la Región en la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión y la rubéola. En 2005 se incluyó la vigilancia semanal del síndrome de rubéola congénita. Los países, a su vez, monitorean estos progresos a nivel municipal. Los indicadores de vigilancia regionales se mantienen en su mayoría sobre la meta de 80%.

Se diseñó y ejecutó la encuesta SABE (Salud y Bienestar de las Personas Mayores) en una muestra de 10.000 adultos mayores, representativa de la población mayor de 60 años en siete ciudades de la Región: Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; São Paulo, Brasil; La Habana, Cuba; Santiago, Chile;

Distrito Federal, México y Montevideo, Uruguay. Los resultados mostraron la situación de salud de este grupo de población y las implicaciones en los sistemas de salud de la Región. A partir de la información obtenida se han formulado lineamientos estratégicos dirigidos a mejorar el acceso a servicios de mayor calidad; capacitar a los recursos humanos en salud para enfrentar las necesidades de este grupo etario; lograr un mejor control y vigilancia de la salud de los adultos mayores; desarrollar marcos reguladores para proteger a los mayores en entornos de cuidados a largo plazo, y desarrollar investigaciones en salud pública que permitan identificar las principales amenazas. También se ha propuesto un marco que considera la definición de funciones del sistema de salud pública para fomentar la salud y el bienestar en la vejez, los estándares para evaluar estas funciones y sus indicadores de desempeño y de resultados.

Formulación de políticas de salud

El conocimiento de las situaciones de disparidad existentes en salud permite analizar los principales factores determinantes de las desigualdades, lo que facilita la formulación de políticas que garanticen la equidad en salud.

En Chile, la articulación entre el Ministerio de Salud, otros ministerios, el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS), la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y la OPS ha permitido enfocar la agenda social en los determinantes de la salud. Esto evidencia que las alianzas entre el gobierno y la sociedad, al igual que entre diferentes sectores, favorecen la visibilidad de las desigualdades en salud y ayudan a colocar esta problemática en la agenda social, así como la reorientación de los recursos hacia las áreas críticas que más los necesitan.

Se continuaron los esfuerzos para colocar a la salud pública en un lugar prominente en la agenda política regional, fundamentalmente apoyando las reuniones ministeriales subregionales de salud, como la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la Comunidad del Caribe (CARICOM), la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS), la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), la Comunidad Andina de Naciones y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA).

En la IV Cumbre de las Américas celebrada en Mar del Plata, Argentina, en noviembre de 2005, se destacaron temas de alta prioridad como los preparativos para la gripe aviar y la pandemia de influenza, así como la lucha contra el VIH y las acciones para lograr una cobertura universal en el tratamiento antirretroviral.

Se continuó el trabajo referente al Convenio Marco del Control del Tabaco de la OMS, habiendo sido ratificado a la fecha por 18 países de la Región de las Américas. Dentro de los mandatos del Convenio se hizo especial énfasis en la promoción de ambientes libres de humo de tabaco, donde destaca la experiencia exitosa de Uruguay, que se convirtió en el primer país en la Región en determinar el 100% de espacios públicos libres de humo de tabaco.

La adopción del Reglamento Sanitario Internacional en 2005 fue un hito importante, ya que se constituye en un instrumento mundial poderoso que permite armonizar las actividades entre los Estados Miembros, así como en un marco para reconocer y notificar las emergencias de salud pública de importancia internacional, y para responder ante ellas. El Reglamento plantea retos y oportunidades para la Organización y sus Estados Miembros en los próximos años y se está abordando la situación de alerta frente a la gripe aviar y la pandemia de influenza, para fortalecer la capacidad de los países y adecuar sus sistemas según las exigencias del Reglamento.

Redes de laboratorios, vigilancia epidemiológica y respuesta a brotes —como la Red Centroamericana para la Prevención y el Control de las Enfermedades Emergentes y Reemergentes (RECACER), RED AMAZONICA, Red del CONOSUR y Carisurvnnet (Caribbean Surveillance Network)— se han incorporado al trabajo en torno al Reglamento Sanitario Internacional. Otro ejemplo de avance es el proyecto de sanidad de puertos mediante la cooperación horizontal entre los países del Caribe, que representa una respuesta adecuada a un problema específico en relación a salud y turismo.

El Ministerio de Salud de Chile ha avanzado en la regulación de prácticas de medicina complementaria y alternativa, mediante la creación de un decreto que aporta un marco legal para legitimarlas. Se formó un grupo de trabajo para el reconocimiento de prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares a la salud, que produjo el reglamento del decreto. Este avance es importante ya que las prácticas complementarias (acupuntura, homeopatía, naturopatía, quiropraxia y terapia floral)

constituyen una parte importante de los servicios de salud, a los que asisten las poblaciones marginadas con problemas de acceso a las prestaciones ortodoxas.

En el ámbito de la prevención y atención a la violencia basada en género, el modelo de la OPS fue tomado como base para el desarrollo de leyes y políticas sobre el tema: en el Brasil se elaboró una nueva ley, en Honduras se reformuló la existente, en la República Dominicana se desarrolló una propuesta de políticas municipales y en Costa Rica se diseñó un sistema de monitoreo de la implementación de políticas públicas sobre el tema. Asimismo, en cumplimiento de las recomendaciones del Subcomité de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, y con la participación de 10 países, fue lanzado el Observatorio Regional sobre Salud y Violencia Basada en Género.

Fortalecimiento de la capacidad operativa

Los datos adecuados y fiables sobre problemas de salud, así como las políticas y planes basados en la evidencia, son elementos indispensables para el desarrollo de una capacidad sostenible para resolver de manera eficaz los problemas de salud pública.

En los países de habla inglesa del Caribe se ha trabajado mediante un enfoque estratégico en el fortalecimiento de la evaluación, implementación y mejoramiento de los sistemas de información sanitaria nacionales. En el Brasil se ha apoyado el Sistema Nacional de Vigilancia de Alimentación y Nutrición, por medio de la generación de indicadores y el entrenamiento de técnicos en el uso del sistema a nivel estatal y municipal.

En el Brasil, la OPS, el Ministerio de Salud y el Consejo de Secretarios Estatales de Salud adaptaron la metodología y los instrumentos de las funciones esenciales de salud pública (FESP) al Sistema Único de Salud del Brasil y se están realizando autoevaluaciones de desempeño en cinco estados; los que ya las completaron, están incorporando los resultados obtenidos a los planes e intervenciones de salud. En la Argentina también se han realizado evaluaciones de las FESP en tres provincias, caracterizadas por su nivel de pobreza y por modelos de atención de salud que, en las últimas décadas, habían llevado a la concentración excesiva de los recursos en establecimientos hospitalarios ubicados en centros urbanos. La aplicación de estas evaluaciones en los niveles subnacionales permite, además, identificar las áreas

críticas, reorientar recursos, diseñar y ejecutar intervenciones y planes, y disminuir de alguna manera las brechas regionales al interior de los países.

Juntamente con el Instituto del Banco Mundial se llevó a cabo el curso a distancia vía Internet sobre Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública, desde octubre de 2005 hasta enero de 2006, para el cual se recibieron 840 solicitudes de trabajadores de la salud pública de distintas partes del mundo. La primera generación del curso contó con 84 participantes, la mitad de los cuales provino de la Región de las Américas. Concluyeron exitosamente su participación 51 profesionales, 61% de los inscritos.

En el Ecuador, el presupuesto del Ministerio de Salud Pública ha ido mejorando progresivamente en relación al presupuesto del Gobierno Central: mientras en 2000 el porcentaje era 2,4%, en 2006 alcanza 6,2%. Este aumento es el reflejo tanto de la voluntad política de incrementar la inversión social como del trabajo conjunto entre la OPS, el Ministerio de Salud Pública, el de Economía y Finanzas y el Congreso Nacional de la República del Ecuador.

La campaña de comunicación para la prevención de la obesidad en América Latina "A comer sano y a moverse América!" se inició, junto con la cadena de televisión Univisión, como parte de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud en América Latina y el Caribe.

La formación y el fortalecimiento de comités de bioética asistencial y de comités de investigación han continuado en la Región. Mientras que en algunos países estos comités se han creado recientemente, en otros se han incrementado en todos los niveles de los sistemas de salud, lo que se ha traducido en mejor protección de las personas y mayor confianza en la calidad de las prestaciones que reciben.

La Biblioteca Virtual de Salud (BVS) también es parte del esfuerzo de promoción y difusión de conocimiento de la OPS; como propuesta metodológica, la BVS ha sido adoptada por todos los países y su evaluación ha demostrado el alto impacto que han tenido a nivel nacional e internacional. En la República Dominicana se ha llevado a cabo un proceso de consolidación, al haberse reiterado en 2005 el compromiso con la BVS. En este caso, la BVS ha hecho posible que la información generada en el país sobre temas de salud esté disponible para todos los interesados, sin límites geográficos ni temporales; asimismo, ha facilitado la adhesión a otros proyectos como el HINARI (*Health InterNetwork Access to*

Research Initiative), que es una iniciativa de la OMS con acuerdos entre las principales casas editoriales del mundo para ofrecer acceso electrónico libre a un gran número de revistas de biomedicina. El Instituto Dominicano de Telecomunicaciones está negociando con HINARI una suscripción común para 15 hospitales provinciales y municipales y un hospital general.

En Puerto Rico, los proyectos específicos que se han desarrollado han focalizado sus acciones en proveer apoyo a la Reforma de Salud mediante tres actividades puntuales: análisis del Sector Salud de Puerto Rico; análisis y formulación del plan de fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional de Puerto Rico; y elaboración del Perfil del Sistema de Salud de Puerto Rico. El proyecto para el desarrollo de sistemas de información geográfica ha proporcionado apoyo a la capacidad de análisis y vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud de Puerto Rico. Está en proceso de negociación la cooperación al Departamento de Salud en el tema de e-Salud/Telemedicina, con apoyo de la Universidad de Puerto Rico y el *Industry University Research Consortium*.

Para cubrir zonas urbanas y rurales desprovistas de servicios médicos, se desarrollan en la Región diferentes estrategias orientadas a capacitar y estimular a médicos y otros profesionales en atención primaria y salud pública. En Cuba se ha consolidado el Programa de Médico de Familia, que alcanza una cobertura total en el país, y se ha aumentado la capacidad de solución de problemas de salud a través de la extensión y fortalecimiento de los Policlínicos; en el Brasil, está en pleno desarrollo el Programa de Salud de la Familia, que privilegia la capacitación multiprofesional bajo la estrategia de atención primaria; en Perú, la educación profesional en salud destaca tanto el enfoque intercultural como la práctica comunitaria con participación social; en la Argentina, a partir del año 2004 se instrumentó el Programa Médico Comunitario —basado en un convenio establecido entre el Ministerio de Salud y 16 universidades que pertenecen a las diferentes regiones de ese país—, que consiste en una capacitación modular acompañada por personal especializado en pedagogía, planificación y administración local de servicios, salud ambiental y epidemiología; en Venezuela, el ejemplo más reciente de esta naturaleza, se lleva a cabo un esfuerzo masivo de formación médica, con la creación de un nuevo perfil del profesional de la salud orientado a servir a las comunidades marginadas y de difícil acceso, al igual que una multiplicación de polyclínicas con equipamiento completo de diagnóstico y tratamiento (Barrio Adentro II).

Otras experiencias innovadoras han surgido en la Región para dar respuesta al problema de la desigualdad de acceso a personal sanitario calificado. Algunas instituciones preparan profesionales de salud procedentes de comunidades marginadas o desfavorecidas, como el programa de Medicina Rural de la Universidad de Illinois en los Estados Unidos y la intensa cooperación brindada por la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba, con más de 8.000 estudiantes procedentes de 20 países de la Región.

La OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario se unieron para celebrar la Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos de Salud llevada a cabo en Toronto, Canadá, en octubre de 2005. Las conclusiones de los grupos de trabajo confluyeron en el Llamado a la Acción por una Década de Recursos Humanos en Salud en las Américas (2006–2015), con el fin de promover el desarrollo y la actualización del personal de salud como un camino para alcanzar los ODM y proporcionar acceso a servicios médicos de calidad a toda la población de las Américas para el año 2015, según las prioridades nacionales de salud. Los participantes de la reunión recomendaron que el “Llamado a la acción de Toronto” sea un documento que promueva los esfuerzos colectivos a largo plazo, intencionales y coordinados en todos los niveles (internacional, nacional, regional y subregional) del sector de la salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para promover, desarrollar y consolidar la fuerza de trabajo en salud en todos los países de la Región.

Persisten graves desequilibrios en la distribución del personal de salud en la Región, tanto al interior de los países como entre ellos. El número de médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes (densidad) es mayor de 50 en 11 países, los cuales representan 39,7% de la población del hemisferio pero cuentan con 73,2% del total de médicos y enfermeras; los 15 países con una densidad menor de 25 representan 19,5% de la población regional y cuentan con 6% de los recursos humanos. Con pocas excepciones, las diferencias de concentración de médicos y de enfermeras siguen siendo severas entre las áreas urbanas y las áreas rurales.

Este año, la celebración anual del Día Mundial de la Salud honró a los trabajadores de la salud, quienes representan los recursos más valiosos de la salud pública. En esa oportunidad, la Directora de la OPS hizo un llamado a celebrar juntos la dedicación, el compromiso, la vocación y las grandes aportaciones de todos los trabajadores de la salud en las Américas; subrayó la necesidad de continuar construyendo mecanismos para fortalecer a un sector que por muchos años no ha contado con los criterios y recursos para el óptimo desempeño que demandan sus funciones clave en la sociedad. También destacó que ese día estaba dedicado a todas las personas que directa o indirectamente contribuyen a elevar el bienestar de toda la población por medio de la prevención y el tratamiento de la enfermedad: personal médico, de enfermería y de otras áreas de la salud, formuladores de políticas públicas, científicos y profesores, así como todas las mujeres y hombres que dedican su tiempo y sus esfuerzos a hacer de la promoción de la salud parte esencial de su trabajo cotidiano, ya sea con carácter remunerado o no.

Abogar por el acceso a los medicamentos esenciales de calidad y su uso racional es una actividad esencial en la lucha contra las desigualdades. En el Brasil se vienen articulando esfuerzos entre la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, el Departamento de Asistencia Farmacéutica y la OPS por mejorar el uso de medicamentos. En 2005 se publicaron los resultados de una evaluación sobre disponibilidad de asistencia farmacéutica como línea de base para servicios farmacéuticos en el país y se realizó el Primer Congreso Nacional de Uso Racional del Medicamento.

En agosto de 2005, los representantes de los ministerios de salud de 11 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) se reunieron en Buenos Aires, Argentina, para la Segunda Ronda de Negociación de Precios de Antirretrovirales y Reactivos para Diagnóstico y Monitoreo de VIH. El principal objetivo fue el de extender la cobertura de tratamiento con antirretrovirales, mediante precios más accesibles, para las personas con VIH en la Región, y establecer precios de referencia. Respondieron 26 compañías farmacéuticas; el proceso unificó a los gobiernos, a la sociedad civil y a las agencias internacionales y tuvo un fuerte componente de apoyo de la OPS. Se obtuvieron reducciones en los precios de los tratamientos más utilizados entre 15% y 55%, en especial para los medicamentos de primera y segunda línea. Como resultado de estas negociaciones, los países podrán incorporar mayor número de personas a sus respectivos esquemas de tratamiento. A pedido de todos los participantes, se solicitó a la OPS establecer un sistema de monitoreo y evaluación de la implementación de los resultados de la negociación, superando los obstáculos detectados a fin de que los precios sean efectivamente aplicados y utilizados en las compras de la

Región. Cabe resaltar que los precios negociados están siendo utilizados por diversos mecanismos de compra como precios de referencia, no solo en los países que participaron de la negociación, sino también en los de América Central y del Caribe, así como en las compras que la OPS realiza por medio del Fondo Estratégico.

Como es habitual, se realizaron evaluaciones internacionales de programas nacionales de inmunización. El propósito de tales evaluaciones es mejorar el desempeño de dichos programas y desarrollar planes estratégicos de inmunización quinquenales basados en los resultados obtenidos. Los componentes evaluados incluyeron: programación, organización y coordinación, recursos humanos y financieros, capacitación y supervisión, sistema de información, vigilancia epidemiológica, evaluación e investigación operativa, vacunación segura, cadena de frío, suministros, comunicación social y participación comunitaria, y observación del personal de salud. En 2005, se evaluaron Santa Lucía y las cinco islas que componen las Antillas Holandesas y Aruba. En 2006 (al 31 de julio) se evaluaron las Bahamas, la República Dominicana y el departamento francés de Martinica.

CAPÍTULO 2



PARA ALCANZAR A LOS GRUPOS EN DESVENTAJA

Las experiencias que se presentan son solamente algunos ejemplos que tratan de reflejar la diversidad de las áreas y los grupos atendidos, las buenas prácticas e intervenciones replicables en estos temas, así como la diversidad y amplitud geográfica de la región. Este análisis permite derivar lecciones aprendidas, que servirán para realizar ajustes que beneficien efectivamente a la población excluida y vulnerable; también tendrá alto impacto en el ámbito de la protección social en salud para la población, tanto en las estrategias y abordaje de cooperación técnica y financiera de la OPS y otros socios, como en el proceso de diseño y formulación de políticas públicas en salud por parte de los tomadores de decisión de los países.

Extensión de la protección social en la población maternoinfantil

En Panamá, se elaboró el Plan Estratégico para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal 2006–2009, seguido por un decreto en marzo de 2006 que ordena la gratuidad en la atención preventiva y en la asistencia médica y social de toda mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, en todos los establecimientos del Ministerio de Salud. Adicionalmente, el programa de protección social de la Presidencia, que presta apoyo a 25.000 familias que viven en pobreza extrema, ha incluido en su Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud la extensión de la cobertura materna y perinatal domiciliaria, gratuita y regular a las comunidades distantes y excluidas.

En la Argentina se avanzó en el trabajo en unidades subnacionales prioritarias, como en las áreas periurbanas y rurales de la Provincia de Jujuy, para fortalecer el sistema de salud provincial; se buscó mejorar tanto las competencias del recurso humano del primer nivel de atención como el acceso y la calidad de los servicios de salud destinados a mujeres en edad fértil, niñas, niños y familias en alto riesgo de exclusión social. Se capacitó a 798 trabajadores de servicios de salud maternoinfantil del primer nivel de atención y se crearon espacios de revisión crítica de las prácticas de atención, a fin de mejorarlas y hacerlas más integrales.

En Honduras el Programa ACCESO continuó aplicando estrategias específicas en la población maternoinfantil en tres municipios del Norte de Choluteca, con el objetivo de mejorar las condiciones de acceso a servicios de salud de las mujeres embarazadas, puérperas y madres de niños menores de 5 años,

desde una perspectiva de derecho; la iniciativa incluye la capacitación de líderes de la comunidad para fungir como monitores de salud. Asimismo, se creó un fondo solidario que será administrado por la comunidad para brindar atención del parto a las mujeres que no cuenten con los recursos para trasladarse a la clínica maternoinfantil.

En Belice, mediante la iniciativa de cooperación técnica horizontal con Jamaica, se ejecuta el Programa de Maternidad sin Riesgo para capacitar al personal de salud en la vigilancia de la mortalidad materna, la autopsia verbal y la formulación de normas de vigilancia de la morbilidad y la mortalidad maternas. Se establecieron los Comités de Maternidad sin Riesgo nacionales, regionales y por distritos y se introdujo la Auditoría Clínica Basada en Criterios. Se contó con la participación del personal de salud no tradicional —enfermeras auxiliares de la comunidad, parteras tradicionales, inspectores de salud pública y personal de control de vectores— en la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad materna. Se establecieron consultorios para el manejo de pacientes de alto riesgo en los hospitales regionales, la mayoría con un enfoque multidisciplinario. La experiencia ha permitido el mejoramiento del sistema de vigilancia de la morbilidad y mortalidad maternas a muy bajo costo o sin costo extra.

En Guatemala, en los municipios de la Microregión IV, se trabajó para la transformación del Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) en un centro de referencia intermedio. Las acciones consistieron en la capacitación del personal de salud, el mejoramiento de la infraestructura del CAIMI, la puesta en marcha del sistema de vigilancia activa de salud a nivel comunitario, el fortalecimiento del sistema de referencia, la implementación del sistema de información perinatal y el establecimiento de la Casa Materna para el alojamiento de las embarazadas.

En Haití se abogó por la oferta de servicios gratuitos de atención al embarazo y al parto, lo que resultó en un decreto presidencial en agosto de 2005. Se están movilizando recursos financieros que permitirán poner en práctica, durante 2006, la gratuidad de servicios de atención materna en uno de los 10 departamentos del país.

En Bolivia se ejecuta la iniciativa Servicios de Salud Estrella para mujeres de áreas urbano-periféricas citadinas y urbano-rurales. En la primera etapa se identificaron las barreras de acceso a los servicios del Seguro Universal Materno Infantil, que ofrece un conjunto de prestaciones gratuitas a la mujer durante el embarazo y el parto y a los niños menores de 5 años. Esta iniciativa se diseñó con dos componentes:

uno destinado al fortalecimiento de la gestión de servicios de salud con un enfoque de género y el otro destinado al empoderamiento de la mujer en la comunidad. A fines de 2005 se aplicó la estrategia de manera demostrativa en un municipio de La Paz, en el que se han realizado un estudio de línea de base y un proceso de capacitación de sus actores en los lineamientos mencionados.

En la República Dominicana, con el Proyecto Acción por la Salud Familiar con la Misión Médica Católica, apoyado por la Bristol Myers Squibb, se busca fortalecer la red de salud de la Iglesia Católica en las comunidades con los líderes locales, el personal de salud y las familias, captando a embarazadas adolescentes y adultas por medio de consejeras comunitarias de las parroquias y acompañándolas durante el embarazo, el parto y el puerperio hasta que el niño cumpla los 5 años de edad. Se mantiene asimismo un plan de monitoreo de los indicadores básicos de morbilidad, mortalidad, vigilancia nutricional e ingesta de micronutrientes, entre otros.

Fortalecimiento de la atención primaria y ampliación del acceso en salud y nutrición

La OPS ha concentrado esfuerzos en optimizar el enfoque, o estrategia, de Atención Primaria de Salud (APS) en todas sus actividades de cooperación técnica, y varios programas lo han adoptado o están incorporándolo en su proceso de planificación y en las operaciones diarias. Por ejemplo, la APS es la base de la estrategia regional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas y se ha reconocido como esencial para lograr acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH. Es más, la optimización promovida por la APS ha reforzado aún más el trabajo interprogramático dentro de la Organización, lo cual se expresa en el enfoque integrado de la cooperación con los países.

En la República Dominicana el Proyecto de Fortalecimiento e Implementación del Programa Nacional de Fortificación de Alimentos (Iniciativa GAIN) se focaliza en niños menores de 5 años y mujeres en edad fecunda, mediante la fortificación del azúcar y la harina de trigo. Se espera reducir la anemia por deficiencia de hierro de 27% a 20% y la deficiencia de vitamina A de 23% a 10% en niños menores 5 años, así como una reducción de 20% en la incidencia de defectos del tubo neural.

En Honduras, el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Secretaría de Salud identificó las siguientes causas de baja efectividad de los programas de nutrición: la falta de distribución de alimentos específicos para disminuir la desnutrición crónica y la anemia en niños de 6 a 24 meses de edad; la debilidad del componente educativo de los programas, y la falta de coordinación entre programas y acciones, así como su duplicidad. También se capacitaron varias ONG en el programa EPI-INFO para el manejo de la información; en la promoción del uso de los nuevos estándares de crecimiento, y en la revisión de sus intervenciones con el fin de focalizarlas hacia el grupo de menores de 2 años en aquellas áreas geográficas que presentan mayor población afectada por retardo del crecimiento.

En Nicaragua, en el Municipio de Cusmapa, el Consejo Municipal, el SILAIS y la comunidad elaboraron un plan de acción para aumentar y mejorar la oferta de salud; fortalecer al gobierno municipal en su abordaje de los determinantes de la salud y la demanda de servicios de salud; fomentar la participación de la comunidad en las acciones de salud, y mejorar las condiciones ambientales de la comunidad. Como resultado, se integró la actividad del Municipio en torno a las acciones de salud, se generó una relación más cercana entre el gobierno y la comunidad y se incrementó la cobertura de servicios de salud (por ejemplo, se alcanzó 50% en la cobertura de servicios de salud materno-infantil). Este plan es un modelo para otros municipios del país.

La vacunación se ha convertido en una intervención de salud familiar y comunitaria. La Semana de Vacunación en las Américas (SVA) se expande y pretende alcanzar no solo a los niños, sino también a otros grupos como hombres, mujeres, jóvenes y adultos mayores; además, se enfoca en municipios de alto riesgo, fronteras y comunidades indígenas, entre otros grupos y áreas. En los últimos dos años se han movilizado para la SVA más de USD \$1,2 millones. En 2005 participaron 36 países en la SVA, 12 de los cuales enfocaron sus esfuerzos en campañas de comunicación social. Más de 38 millones de personas fueron vacunadas (17,6 millones de niños, 13 millones de adultos mayores de 60 años, 3 millones de adultos, 2,2 millones de mujeres en edad fecunda y más de 25 mil indígenas; 2 millones de personas recibieron la vacuna contra la fiebre amarilla). En 2006, la SVA contó con la participación de 39 países y territorios de la Región, con la meta de inmunizar a casi 40 millones de personas. Además de las actividades de vacunación, la SVA es una oportunidad para ofrecer otros servicios integrales de salud como dosis de vitamina A, antiparasitarios y ácido fólico.

Ejecución de programas de salud en las escuelas

En Guyana, en el marco de las Escuelas Promotoras de Salud, se aplicó el Plan de la Visión Nacional 20:20 para la Región del Caribe en 13 escuelas de comunidades socialmente desprotegidas, con familias de bajos ingresos. Profesores, profesionales de la salud y padres voluntarios participaron en el control de la visión de 2.710 estudiantes; los casos detectados se refirieron, para pruebas y análisis adicionales, al Consultorio de Disminución de la Agudeza Visual del Hospital Público de Georgetown. El Ministerio de Educación y Servicios Sociales realiza la compra de anteojos para las familias que no pueden cubrir los gastos.

En el Perú se desarrolló el proyecto Intervención Básica en Salud Bucal en las escuelas de las comunidades excluidas y dispersas; esta experiencia consiste en actividades para prevenir la caries y promover y recuperar la salud bucal utilizando la Técnica de Restauración Atraumática (PRAT). Se brindó capacitación a 24 odontólogos facilitadores nacionales de todo el país, que atienden en forma móvil e itinerante a las zonas más vulnerables y aisladas del Perú; se difundió la técnica PRAT promoviendo su inclusión en el Seguro Integral de Salud, y se apoyó la compra de insumos específicos. Se ha dado además asesoría técnica para integrar esta acción en una estrategia más amplia de odontología preventiva, que incorpore la fluoración de la sal de consumo humano, la higiene bucal y la ampliación de cobertura de los servicios de salud bucal.

En Trinidad y Tabago se trabajó en el nivel escolar primario para fortalecer el programa de salud escolar con un enfoque integral. Se elaboraron programas de capacitación sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades, dirigidos a trabajadores de atención primaria de salud y personal de los establecimientos de salud y de las escuelas en tres áreas piloto del país.

Protección de la salud de niños y adolescentes

En Honduras se conformó un Comité Interinstitucional para la Protección y Cuidado de la Niñez Huérfana y Vulnerable por VIH/sida, para fortalecer técnicamente a las organizaciones que atienden a esa población y realizar promoción y gestión de recursos. Se logró que el Fondo Global de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (que no consideraba este rubro en la propuesta para el país) aportara recursos financieros y ya se comenzaron a formular los proyectos de intervención.

En El Salvador, el Programa Ternura tiene por objetivo articular esfuerzos para mejorar las condiciones de vida de la familia salvadoreña, especialmente niños y adolescentes, en el marco de la protección de sus derechos. El Programa está orientado a promover estilos de vida y entornos saludables, y a disminuir situaciones de violencia, adicciones, mortalidad materna e infantil, VIH y sida y problemas asociados con la salud sexual y reproductiva.

Guatemala introdujo en la SVA 2005 la vacuna pentavalente (DPT–Hepatitis B + *Haemophilus influenzae* tipo b) al esquema regular de vacunación de los niños menores de 1 año, con una modalidad gradual de vacunación de los nacidos a partir de enero de 2005. Se conformó un Comité de Coordinación Interagencial (CCI) con la oficina de la Primera Dama, embajadas, agencias del sistema de Naciones Unidas, organismos bilaterales de cooperación, organismos no gubernamentales y gubernamentales de la seguridad social, de finanzas e inversión social, con apoyo de Finlandia y Suecia.

Prevención de la violencia en los jóvenes

La OPS celebró en febrero de 2005 la Conferencia Internacional “Voces desde el campo: iniciativas locales e investigación sobre la violencia juvenil de pandillas en Centro América”, para establecer un diálogo internacional y multisectorial sobre esta situación que se vive en países centroamericanos. Esta actividad se realizó juntamente con las instituciones miembros de la Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia, la Oficina de Washington para América Latina, y la Fundación para el Debido Proceso Legal. Más de 250 participantes de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, así como de los Estados Unidos (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Atlanta, la UCLA de California, y organizaciones del área de Washington, DC), discutieron la situación de las pandillas juveniles conocidas como “maras”; se pronunciaron sobre la urgente necesidad de definir políticas públicas que enfrenten las causas del fenómeno y no solo sus consecuencias, y destacaron la necesidad de dar mayor énfasis a la prevención del problema que a la represión de los jóvenes. Una consecuencia de la Conferencia fue la creación de la Coalición Centroamericana por la Prevención de la Violencia Juvenil, compuesta por diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de estos países; la Coalición ha logrado captar, en pocos meses, la atención de amplios sectores de la sociedad y de los medios, con el fin de influenciar cambios en las políticas públicas para la definición de propuestas preventivas.

En la Argentina, Colombia, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Perú se ha implementado el proyecto de Fomento del Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia, con financiación de el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica y el Ministerio Federal para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, de Alemania (GTZ/BMZ). Se ha logrado la conformación de equipos asociados de trabajo en cada país en los que participan instituciones gubernamentales y no gubernamentales y grupos de jóvenes. Estos equipos realizan promoción, coordinan actividades y buscan mejorar el efecto de las intervenciones. En este proceso se han preparado y publicado documentos del estado del arte sobre la violencia relacionada con adolescentes y jóvenes.

Fortalecimiento de la igualdad de género

La Política de Igualdad de Género se adoptó en septiembre de 2005 por una resolución del Consejo Directivo de la OPS. Esta resolución marcó un hito en la lucha de la Organización por asegurar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en términos del acceso a los recursos y los beneficios del desarrollo de la salud, y del ejercicio del derecho ciudadano a participar en la determinación de los rumbos y prioridades de ese desarrollo. Esta política establece que los objetivos de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres serán integrales a todo el trabajo de la OPS, incluyendo los ámbitos de la cooperación técnica, el desarrollo de políticas nacionales, y el manejo de los recursos humanos dentro de la institución y el sector salud.

El proceso de fortalecimiento de capacidades nacionales en la producción y el análisis de la información con perspectiva de igualdad de género se cristalizó en la formación de mecanismos intersectoriales para tal fin, los cuales dieron lugar a la publicación de folletos estadísticos y perfiles analíticos de la situación de salud de mujeres y hombres en Costa Rica, Guatemala, Honduras, Panamá y Perú.

En El Salvador concluyó el Programa Interagencial de Empoderamiento de Mujeres Adolescentes, desarrollado por el Grupo Interagencial de Género de las Naciones Unidas con el liderazgo de la OPS. Entre sus logros figuran el aumento de la cobertura de la atención de adolescentes; la capacitación del personal de salud en atención a adolescentes desde una perspectiva de derechos humanos y empoderamiento; la integración de los adolescentes en organizaciones comunitarias; la reducción de barreras institucionales de acceso a los servicios, y la dotación de equipo complementario para la atención integral de la salud de este grupo etario.

En Chile se publicó el informe anual del Observatorio de Equidad de Género en Salud, que articula organizaciones de la academia y la sociedad civil. La publicación incluye los temas de violencia de género, participación ciudadana en salud, cuidado no remunerado de la salud, trabajo y salud, y salud sexual y reproductiva. El informe es el resultado del monitoreo de indicadores de género realizado durante 2005 y del impacto de las políticas de salud en la erradicación de las inequidades de género en salud. Una estación regional de este Observatorio, con un enfoque integrado de género y etnia, fue instalada en la IX Región de la Araucanía, territorio que concentra la mayoría de las comunidades mapuches del país. Se involucraron organizaciones de comunidades mapuches, organizaciones de

mujeres con trabajo en género y salud y de personas con VIH/sida, así como instancias académicas de la Universidad de la Frontera de Temuco. Actualmente se está generando la base de datos y ya se seleccionaron indicadores de monitoreo de las inequidades de género y de etnia en salud en la Región de la Araucanía, para formular propuestas a las políticas públicas que contribuyan a mejorar la salud de las mujeres y, en especial, de las mujeres mapuches.

En Puerto Rico, la cooperación técnica se ha enfocado en dar apoyo a las comunidades vulnerables de la sociedad puertorriqueña en áreas relativas a la prevención de la violencia, específicamente a la violencia contra la mujer y violencia intrafamiliar.

A partir de la investigación realizada por la OPS sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los hombres respecto a la salud sexual y reproductiva en seis países de Centroamérica, se revisaron los modelos de intervención en salud sexual y reproductiva dentro de los servicios de salud y se desarrollaron nuevos modelos de atención e información dirigidos a los hombres en los ámbitos de trabajo y de recreación en los respectivos países.

Reducción del estigma y la discriminación en las personas afectadas por el VIH y el sida

Una investigación sobre VIH y género se diseñó y ejecutó con el liderazgo de la OPS y la participación de los ministerios de salud y organismos de la sociedad civil, incluyendo grupos de personas con VIH. Los resultados servirán de base para la revisión de normas y protocolos de atención en Belice, Honduras y Nicaragua.

La meta de “3x5” para la Región de las Américas era de 600.000 personas en tratamiento para fines de 2005, habiéndose alcanzado a fines de ese año un total de 680.000 personas con antirretrovirales, de las cuales más de 300.000 están en América Latina y el Caribe. En este período se aumentó el número de tratamientos y el acceso a orientación, pruebas y prevención de la transmisión materno-infantil; se redujo el costo de los medicamentos; se fortaleció la cooperación con 37 países de la Región según las cinco orientaciones estratégicas para fortalecer la infraestructura del sistema de salud; se formularon propuestas de financiamiento adicional de donantes, en particular el Fondo Global de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria y se lanzó el Plan Regional de VIH de la OPS para el Sector de la Salud.

2006–2015, que proporciona a los países de la Región las metas e hitos para adoptar un método integral de ampliación de la respuesta al VIH.

En Bahamas y Suriname, se desarrolló una campaña de comunicación innovadora de acceso a servicios para realizarse pruebas y promover el tratamiento. La campaña, con anuncios televisivos y radiales, se realizó bajo el lema “Hazte la prueba” en Suriname y “Conoce tu estado” en las Bahamas. El número de casos notificados y de personas bajo tratamiento se ha incrementado gracias a la campaña. Expertos de 10 países participaron en Suriname de un taller sobre el enfoque en el Caribe de este tipo de campañas.

En México se realizó una campaña contra la homofobia, a través de los medios de comunicación nacional. El Centro Nacional para la Prevención y el Control del Sida de la Secretaría de Salud, conjuntamente con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, lanzaron la campaña con el lema de: "La homosexualidad no es un problema, la homofobia sí", que se difundió mediante anuncios radiales en siete ciudades principales del país.

Se otorgaron premios a seis periodistas por su cobertura de la epidemia. En América Latina estos premios fueron creados por RED SALUD, la Iniciativa de Comunicación y la Fundación para el Nuevo Periodismo Iberoamericano, y en el Caribe fue patrocinado junto con CARICOM.

En Costa Rica y Perú se suministraron kits para tratamiento postexposición para los trabajadores de salud y víctimas de agresión sexual. En Belice, Colombia y Nicaragua se crearon nuevos puntos de acceso para la atención de VIH, para servicios de salud reproductiva en el primero y para las víctimas de la violencia doméstica en los segundos. En la frontera de Estados Unidos y México se realizó un proyecto para mejorar la vigilancia y estimación de la prevalencia de la infección por el VIH entre grupos vulnerables.

En Barbados y los Estados del Caribe Oriental, se trabajó en la atención, adopción y adaptación de normas de tratamiento de la infección por el VIH. También se brindó capacitación a los prestadores de asistencia sanitaria y a las organizaciones comunitarias en el manejo de los servicios de orientación y pruebas voluntarias (OPV), y a los trabajadores de atención de salud en las maternidades en la

prevención de la transmisión maternoinfantil. Para fortalecer la prevención se prestó asistencia en la referencia de parejas, la localización de contactos, la educación sanitaria y la reducción de daños.

En Bolivia se está trabajando en un diagnóstico de acceso a servicios integrales de prevención en trabajadoras sexuales no registradas, con el objetivo de orientar a esta población y adecuar la disposición de servicios integrales de prevención (consejería de pares, condones, diagnóstico y tratamiento de ITS y prueba voluntaria con consejería de VIH)

En Cuba se creó un Grupo Multisectorial Nacional de apoyo al Programa de Control y Prevención y se está elaborando el Plan Estratégico Nacional para el VIH/sida 2006–2010 “Pacientes Viviendo con VIH”. El objetivo de detener y revertir la propagación del VIH y de las ITS; mantener la provisión de acceso universal a los servicios de prevención, atención y tratamiento, y fortalecer la capacidad de los servicios de la APS y el funcionamiento de los laboratorios de la red de diagnóstico de VIH en el país, así como la promoción de las acciones de comunicación en el personal de salud.

En Belice, se elaboró un Plan de Acción para la prevención y el control de las Enfermedades Transmisibles de la Prisión Central de Belice, mediante el que se aplicaron programas de capacitación sobre la prevención del VIH para los presidiarios y el personal de la prisión; además se proporcionaron servicios de atención ambulatoria para los reclusos y antirretrovirales para aquellos que requieren tratamiento. Se ha establecido también un grupo de apoyo a los convictos que viven con infección por el VIH. Un estudio de seroprevalencia para determinar el grado de la infección por el VIH entre los internos en la Prisión Central de Belice, reflejó los mismos niveles que en la población general. Este programa puede ser compartido como un “modelo de prácticas óptimas” para ser trasmitido a los programas de prisión en el resto de la Región.

En Guyana también se trabajó en las prisiones utilizando la metodología EIC (Excitar, Incluir y Comprometer), para empoderar y capacitar a los presidiarios y los oficiales en la temática de la infección por el VIH, la concientización sobre las ITS, la prevención, el cambio de comportamiento y el mejoramiento de la comunicación. Se capacitaron a 29 presidiarios junto con 3 oficiales asignados a las prisiones como guardias y se contactaron durante las sesiones de concientización a 141 personas en diferentes prisiones.

En los países de habla inglesa del Caribe se elaboró un manual para los trabajadores de salud sobre el manejo nutricional de la infección por el VIH y se capacitó a trabajadores de salud de los 18 países miembros del Centro de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) en su uso y evaluación. El manual se tradujo y se adaptó al holandés para uso en Suriname. El Manual de capacitación en el manejo integral de las personas adultas que viven con VIH para equipos de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe se lanzó con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional.

Durante el encuentro en la segunda sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (UNGASS) en junio de 2006, los Estados Miembros adoptaron una nueva declaración política en VIH. En esa oportunidad desde la Organización se remarcó que la voluntad política existente y el trabajo conjunto de todos los países han demostrado una respuesta evidente y notable en la Región. Sin embargo, se deben redoblar los esfuerzos y los compromisos contra la epidemia con un claro enfoque de equidad, género e igualdad para que también se logren reducir los preocupantes focos de estigma y discriminación que todavía existen y que determinan grandes inequidades de acceso.

Atención a la salud de los pueblos indígenas

El Primer Foro Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas se llevó a cabo en Costa Rica. Participaron aproximadamente 250 delegados provenientes de las comunidades indígenas, el sector salud, la sociedad civil y otras entidades públicas relacionadas y hubo presentaciones de experiencias internacionales de Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua y Panamá. Se establecieron alianzas y propuestas conjuntas con otros sectores para el mejoramiento de las condiciones de vida de los grupos indígenas, el acceso oportuno a una atención de calidad y la disminución de las diferencias con la población no indígena.

En Honduras, la cooperación se enfocó en la situación de los buzos miskito de la costa atlántica, que presentan diversos grados de discapacidad por el síndrome de descompresión aguda debido a las condiciones precarias en las que desempeñan su labor. Con el propósito de buscar soluciones, la OPS y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la OEA convocaron a los sectores de salud, educación, trabajo y justicia, y a los grupos organizados de la sociedad civil para discutir el problema. Como parte de los compromisos establecidos, la OPS realizó la evaluación de la capacidad instalada de los servicios de salud y la rehabilitación de dos cámaras hiperbáricas.

En Costa Rica se está ejecutando un proyecto con el pueblo Cabécar que incluye aspectos de educación ambiental e infraestructura sanitaria, con el apoyo de la Dirección Regional Central Sur y el Departamento de Saneamiento Básico de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como la participación de la Asociación de Desarrollo, las juntas de educación y patronatos escolares de la comunidad, los maestros de las escuelas y los técnicos de atención primaria en salud que facilitan el proyecto en el ámbito local.

En Colombia, se han diseñado modelos de atención en salud para comunidades indígenas, afrodescendientes, raizales y gitanas, que serán incorporados en las políticas nacionales de protección social. Una de las experiencias, en alianza con el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional, se relaciona con la ampliación de la cobertura del tratamiento breve bajo observación directa (DOTS, por su sigla en inglés) en la población indígena de departamentos con una prevalencia de tuberculosis alta. Se notificó una adherencia de 80% de los indígenas de los departamentos interesados en la iniciativa, lo que evidencia su participación en el diseño, la implementación y la difusión de los productos; también se ha logrado producir un acercamiento entre las autoridades y los grupos étnicos. Los grupos indígenas participaron en las mesas nacionales de concertación, con elementos técnicos para orientar las políticas nacionales con los aspectos interculturales específicos.

En Paraguay, en el Departamento de Boquerón se dio seguimiento a la iniciativa de construcción de dispensarios y puestos de salud del Proyecto de Desarrollo Sustentable del Chaco Paraguayo, lo que permitió revertir la situación de exclusión del sistema de atención en salud en que viven estas poblaciones indígenas. También, con el apoyo financiero del Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional, se desarrolló el proyecto “Atención primaria de salud e interculturalidad en pueblos indígenas del chaco central”, para mejorar las condiciones sanitarias y reducir la exclusión social en salud en las comunidades indígenas. Se formaron recursos humanos en salud provenientes de las mismas comunidades indígenas y se elaboraron metodologías y guías para la atención y el seguimiento de los problemas prioritarios de salud, con un enfoque integral y criterios de interculturalidad.

Con el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica se está concluyendo el proyecto regional “Mejoramiento de las condiciones ambientales (agua y saneamiento) en las comunidades indígenas”, cuyo propósito es el de mejorar la precaria situación ambiental de esas comunidades con énfasis en la calidad del agua para consumo humano, la eliminación adecuada de excretas y el mejoramiento de las

prácticas de higiene. Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela han logrado construir la red organizacional, llegando de manera directa a aproximadamente 45.000 personas, logrando que las comunidades indígenas tengan acceso al abastecimiento de agua, a unidades sanitarias familiares, al mejoramiento de sus viviendas, a baterías de letrinas y a microrellenos sanitarios manuales con tecnología apropiada, así como disponibilidad de recursos financieros adicionales. Un aspecto fundamental ha sido la especial atención a la creación y el fortalecimiento de capacidades, tanto a nivel organizativo como individual, y a la producción y difusión de información.

En El Salvador, con la participación del Consejo Coordinador Indígena Salvadoreño, un grupo nacional de trabajo sistematizó el aprendizaje y las lecciones aprendidas del proyecto “Fortalecimiento a las juntas administradoras de agua y saneamiento de cinco comunidades indígenas 2004–2005”; también aportaron sus experiencias las juntas administradoras de agua y saneamiento y los miembros de las redes de apoyo en las comunidades.

En Panamá, se ejecutó un proyecto con los pueblos indígenas kuna, emberá-wounan, ngobe-buglé y teribes, quienes muestran los peores indicadores de desarrollo socioeconómico y sanitario del país. El propósito del proyecto fue la reducción de la carga de enfermedad y muerte debida a enfermedades ligadas al agua contaminada y a malas condiciones de saneamiento, adaptando las tecnologías a los patrones socioculturales de estos pueblos y aprovechando las formas tradicionales de organización. Se llevó a cabo la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano y su desinfección con tecnologías culturalmente apropiadas; también se dio educación higiénica y la participación informada de la comunidad por medio de comités ambientales o juntas administradoras de agua. Se capacitaron más de 50 funcionarios del Ministerio de Salud que trabajan en los aspectos de la interculturalidad en las áreas indígenas.

Hasta el año 2006, el proyecto regional Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) comunitario ha implementado proyectos en 32 comunidades de bajos recursos de 10 países, muchas de las cuales son de origen indígena, como es el caso de Pailaviri, en Bolivia, y Huancané, en Perú. En Ecuador se llevó a cabo un Taller de validación de la *Guía para el Trabajo Intercultural con Comunidades Indígenas*, para reforzar el enfoque intercultural de la salud en el componente comunitario de la estrategia AIEPI.

En Bolivia se siguió un modelo de atención del parto con enfoque intercultural, en los departamentos de Potosí y de La Paz; el modelo será implementado en todo el país, de acuerdo con la resolución ministerial firmada recientemente. Con la Cooperación Italiana y Save the Children se produjo la *Guía para la atención intercultural de la salud materna* y se publicó el documento “Protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados”. Se produjeron también dos manuales para parteras tradicionales: *Manual de la Partera Tradicional Tierras Altas* y *Manual de la Partera Tradicional Tierras Bajas*.

En México se lleva a cabo el Programa para la Prevención y Eliminación del Tracoma en Los Altos de Chiapas; esta enfermedad afecta a las poblaciones indígenas (predominantemente tzeltales), especialmente a las mujeres y niños en edad escolar. El Programa propone un abordaje integral y participativo del problema en la comunidad, utilizando estrategias básicas para el control: vigilancia epidemiológica, atención médica, lavado de cara y saneamiento básico (SAFE, por sus siglas en inglés). Entre 2002 y 2005 el Programa incrementó de 21% a 97% la cobertura de exploración ocular para la identificación de tracoma entre las comunidades en riesgo, y cumplió con todos los criterios de eliminación del tracoma como causa de ceguera, incluyendo tratamiento antibiótico a todos los casos detectados hasta abril de 2006. Esta experiencia mexicana puede servir de modelo al resto de los países.

En Guatemala se ha detectado tracoma mediante el tamizaje de la población del área endémica, en especial los grupos más afectados y sus contactos. Durante 2005 se examinaron 7.800 personas en 92 comunidades (con una población total de 75 a 100 mil personas, en su mayoría indígenas) de los departamentos de Sololá y Suchitepéquez. Se detectaron 633 casos con enfermedad activa y se trajeron con tetraciclina ungüento, a bajo costo o sin costo, por medio de un programa manejado por el Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala. Se ha desarrollado un programa de educación y promoción y se han coordinado con acciones de saneamiento y acceso a agua limpia.

Los retos de la atención de salud de los adultos mayores

Uno de los retos más importantes para la salud pública en América Latina y el Caribe es el incremento de la longevidad y, por lo tanto, el envejecimiento de su población. En los últimos 25 años la esperanza de vida al nacer de los latinoamericanos y caribeños se incrementó en 17 años; 78,9% de las personas que nacen en la Región vivirán más allá de 60 años y casi 40%, después de los 80 años de edad.

En Belice, el Gabinete adoptó una Política para las Personas de Edad y se estableció un Consejo Nacional del Envejecimiento, como mecanismo para vigilar su ejecución. Se elaboraron un Plan de Acción Nacional para las personas de Edad y un plan estratégico para guiar los programas del Consejo. Actualmente se está explorando un sistema integrado de atención de salud con provisión de medicamentos para las personas de edad, así como el aumento de la capacidad para promover sus derechos y libertades fundamentales.

En Cuba se creó una comisión para analizar los factores y circunstancias que influyen en la esperanza de vida con calidad de la población de 60 años y más, y generar propuestas para los niveles superiores del Sistema Nacional de Salud y del Gobierno. Entre sus funciones están la identificación de indicadores apropiados para el ámbito local y la gestión del programa nacional; el desarrollo de investigaciones y estudios, y el diseño de acciones con un carácter integral y participativo. La Comisión está integrada por grupos de especialistas de salud y de otros sectores, y en ella participan los municipios, el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor, el Observatorio sobre Carga de Mortalidad y Esperanza de Vida y el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud del Ministerio de Salud Pública.

En Chile se elaboró una monografía que sistematiza las experiencias de instituciones de salud en América Latina en el tema de los adultos mayores. Incluye contribuciones orientadas a incorporar el concepto de autocuidado en las políticas nacionales de salud; aquellas que produjeron cambios estructurales u organizacionales para facilitar la atención de salud, con énfasis en el autocuidado, y las que son utilizadas en la práctica profesional a nivel institucional. La monografía se elaboró con la Pontificia Universidad Católica, profesionales del área de la salud, instituciones de formación de recursos humanos en salud (sector académico), redes de servicios de salud, los adultos mayores como beneficiarios y sus organizaciones, asesores de Brasil, Chile y México, y algunos socios de América del

Norte como la Universidad de Cleveland, EUA, y la Universidad de Ottawa, Canadá. Con el respaldo de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, se implementa un proyecto de asistencia telefónica para los adultos mayores llamado “Modelo de atención telefónica como componente de programa cardiovascular”.

Protección de los discapacitados

En Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana se están realizando talleres de capacitación sobre derechos humanos y discapacidad. El propósito es colaborar técnicamente con los Estados en la formulación o reforma de sus políticas, planes, legislación y servicios vinculados a la rehabilitación, así como en la coordinación de redes nacionales para la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidades físicas, mentales, sensoriales y de otra índole. En algunos países, se han establecido comités técnicos que están trabajando en las políticas y la legislación de discapacidad (en especial la mental), de acuerdo con las normas generales y estándares internacionales de derechos humanos y discapacidad. En algunos de estos, las defensorías de derechos humanos han empezado a implementar mecanismos de quejas y supervisión de los derechos humanos de personas con discapacidades por medio de visitas *in situ*.

En Panamá se creó el Plan Nacional en Discapacidad 2005-2009, que incluye acciones para mejorar el acceso a servicios de rehabilitación y ayudas técnicas apropiadas. El Gabinete Social y el Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de las Personas con Discapacidad está encargado de su desarrollo y monitoreo y la Secretaría Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad, de su implementación y de la coordinación y alineamiento entre los ministerios. Actividades tales como exámenes prenatales para la detección temprana de discapacidad causada y la fortificación con ácido fólico y vitamina A para la prevención de discapacidad por causas nutricionales se han incluido en el Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud que se brinda de manera gratuita a las poblaciones más vulnerables y apartadas del país. También se creó el programa “Inclusión”, que establece acciones intersectoriales como la elaboración de normas arquitectónicas, o el estímulo a las escuelas y colegios “inclusivos”.

En El Salvador, Honduras y Nicaragua se ha desarrollado un plan de atención integral a las personas con discapacidad, que incorpora la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria. Dicha estrategia centra su atención en la participación activa de la comunidad, emplea tecnología sencilla y utiliza los sistemas públicos de servicios. Se han involucrado en el proceso los sectores de salud, educación y trabajo, así como alcaldías y organizaciones no gubernamentales, y se han conformando las Comisiones Locales de Rehabilitación. Los resultados obtenidos son una mayor incorporación de las personas con discapacidad a la esfera productiva; la integración de niños con discapacidades a la escuela regular, y la renovación de la infraestructura y el equipamiento de los servicios de rehabilitación.

En Paraguay, tras la petición de medidas para proteger a las personas internadas en el Hospital Neuropsiquiátrico de Paraguay, se garantizó el fortalecimiento de la gestión y operación de la red de servicios de salud mental, se mejoró la infraestructura en el hospital y se crearon brigadas móviles de salud mental. Se trabajó con la sociedad civil y otras instituciones cooperantes, como la cátedra de psiquiatría de la Universidad Nacional de Asunción, para fortalecer el desarrollo de procesos nacionales. Se apoyó la capacitación de funcionarios nacionales a nivel internacional y se impartieron a nivel nacional los talleres “Políticas de salud mental y servicios de salud” y “Derechos humanos y salud mental”; también se realizó una jornada de trabajo con los funcionarios del programa de salud mental y el hospital psiquiátrico, para fortalecer la humanización y calidad de la atención.

Comunidades en áreas de alto riesgo

Los afectados por desastres naturales

En Guatemala, el huracán Stan causó daños en 251 de los 331 municipios del país y 130.179 personas resultaron damnificadas, además de los numerosos muertos y desaparecidos. En respuesta, el Gobierno y el Sistema de las Naciones Unidas implementaron de manera coordinada planes de ayuda humanitaria con respecto a agua, saneamiento e higiene, seguridad alimentaria y nutricional y atención de la salud. Los planes se financiaron con US\$ 3.135.844 aportados por los países que respondieron rápidamente al llamamiento interinstitucional urgente (*Flash Appeal*): Canadá, Holanda, Mónaco, Noruega, Suecia y la Oficina Regional del Gobierno de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Exterior. Es importante destacar la flexibilización de los sistemas administrativos para facilitar la adquisición de los productos necesarios a nivel nacional y la oportunidad con que se contó con servicios médicos e

insumos para evitar las enfermedades transmisibles propias de los desastres. En El Salvador también se dio respuesta a la población mediante el acondicionamiento de refugios, la movilización de personal de salud, el mejoramiento de los servicios sanitarios básicos, la instalación de letrinas y la provisión de accesorios para purificar el agua.

En Guyana, después de las inundaciones de 2005, la OPS apoyó el desarrollo de un proyecto de agua, ambiente y saneamiento para mitigar la repercusión de sus secuelas en 33 escuelas de las áreas más afectadas en Georgetown y la Costa Este. Por medio de saneamiento (inodoro), se aumentó la capacidad de almacenamiento de agua al instalar tanques adicionales; también se colocaron bombas de agua donde no había y se reemplazaron las que sufrieron daños por la inundación. Se mejoró además la recolección de residuos sólidos a través de la provisión de las cubas de almacenamiento de basura.

En Granada, se elaboró un proyecto para la reconstrucción completa del Hogar de Adultos Mayores Richmond Hill, cuya estructura quedó seriamente dañada por el impacto de los huracanes Iván y Emily.

En Haití se ha brindado equipamiento médico y medicamentos para los hospitales en Jacmel y Les Cayes y se ha entrenado a médicos en el manejo de emergencias relacionadas con desastres naturales y causados por el hombre, así como riesgos industriales.

También se ha colaborado con el Centro de Rehabilitación Internacional en el desarrollo de planes de contingencia para evacuar a pacientes con discapacidades en situaciones de emergencia y desastres.

Los habitantes en situación de pobreza

En Venezuela existen 17 misiones sociales, que son programas rápidos de inclusión masiva y de readecuación del Estado a las necesidades de la población. La Misión Barrio Adentro es el eje central de la transformación del sistema de salud venezolano; se inició en 2003 en un municipio de Caracas, gracias al apoyo del gobierno cubano, que a fines de ese año envió cerca de 12.000 médicos cubanos para una cobertura nacional. Actualmente hay cerca de 8.500 nuevos puntos de consulta en las zonas más pobres del país, miles de los cuales funcionan en casas ubicadas en asentamientos precarios, que fueron cedidas para que se instalen los consultorios y vivan los médicos cubanos mientras se construyen 5.500 nuevos consultorios; además, hay 4.000 odontólogos y centenares de oftalmólogos. En marzo de

2006 se inició un taller de sistematización de la experiencia Misión Barrio Adentro, integrado por miembros de la Misión Médica Cubana, consultores internacionales, de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y de la OPS. Se continuará con Barrio Adentro II (construcción de 600 centros de diagnóstico integral y 600 salas de rehabilitación integral) y Barrio Adentro III (refuerzo y equipamiento de la red hospitalaria convencional).

En Perú, el Seguro Integral de Salud (SIS) fue creado en 2002 con la misión prioritaria de administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual a mujeres gestantes y a población infantil, adolescente y amazónica en situación de pobreza y de extrema pobreza, que no cuenten con seguro de salud. El SIS tiene un componente semicontributivo para grupos poblacionales con limitada capacidad adquisitiva; su principal impacto ha sido el de haber duplicado la cobertura del seguro público de la población pobre, pasando de 30,1% en julio de 2001 a 70,5% en diciembre de 2005. La experiencia y los resultados en salud del SIS han estimulado y favorecido un consenso nacional sobre la necesidad de ampliar su cobertura hacia un esquema de seguro nacional de salud para toda la población y todas las necesidades básicas vitales, a lo cual se han comprometido todas las fuerzas políticas y el gobierno recientemente electo.

En 10 países del Caribe, el Programa de Pequeñas Subvenciones —con fondos de Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y con el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura como socio operativo— proporciona oportunidades a grupos comunitarios (actualmente 23) para diseñar y ejecutar pequeños proyectos innovadores con el fin de mejorar la seguridad alimentaria y nutricional y reducir la pobreza. Una evaluación de procesos mostró que todos los grupos han establecido una base sólida para las actividades sostenidas de producción y han obtenido ingresos, empleo y alimentos de autoconsumo a través de los proyectos. Se espera un efecto multiplicador, con más fondos para aumentar la escala y las actividades existentes y realizar nuevos proyectos.

En Nicaragua se han continuado los procesos de desarrollo local en municipios pobres con alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional; los procesos se han centrado en la coordinación y el acompañamiento en iniciativas relacionadas con la promoción del enfoque integral de municipios saludables y productivos, la transferencia tecnológica y capacitación, la cooperación técnica horizontal, la movilización de recursos y la concertación. Además, para canalizar la cooperación hacia los 11 departamentos que se han identificado como prioritarios, la Oficina de País se ha organizado de manera

matrival con base en la cooperación técnica intensificada descentralizada funcionalmente; este ha sido un proceso de trabajo con las autoridades locales (gobiernos autónomos, gobiernos municipales y entidades descentralizadas del Gobierno Nacional), mediante el apoyo para el desarrollo de sus capacidades y la coordinación de esfuerzos con otros socios. La iniciativa está siendo sistematizada para identificar lecciones aprendidas que puedan ser de utilidad en el futuro para otras Oficinas de País.

La estrategia de Municipios y Comunidades Saludables (MCS) representa la implementación local de una de las iniciativas más efectivas de la promoción de la salud, que enfoca sus acciones hacia los determinantes de la salud más que hacia las consecuencias de la enfermedad. Argentina, Costa Rica, Cuba, México, Paraguay y Perú cuentan con redes nacionales de MCS, en tanto Brasil, Canadá y los Estados Unidos tienen varias redes activas al nivel subregional.

Costa Rica elaboró el Plan Estratégico Nacional de Cantones Ecológicos y Saludables 2005-2015 que atiende a Red-CES en la cual participan 55 cantones del país. La estrategia de cantones ecológicos y saludables constituye una gran herramienta para mejorar los indicadores sociales y de salud, a nivel local y regional, cerrando brechas e inequidades.

En Paraguay, se realizó la evaluación participativa de un proyecto que se lleva a cabo desde 2002 en el municipio de Emboscada, con más de 20% de su población en situación de extrema pobreza. El objetivo del proyecto es fortalecer la gestión local mediante la formulación, ejecución y monitoreo de proyectos multisectoriales y de amplia participación social, orientados a mejorar el nivel de vida y bienestar de la población en las áreas de salud, ambiente y educación. En tres años se desarrollaron proyectos como lombricultura familiar y comercial, canteras saludables, disposición de residuos sólidos patológicos del centro de salud, fortalecimiento de las huertas escolares y familiares, elaboración de alimentos de soja, establecimiento de comedores para niños (en los que se enseña también a las madres a cocinar con productos locales) y mejoramiento de la atención a la salud infantil, entre otros. Se implantó el programa AIEPI y se ha conseguido un incremento en las consultas de seguimiento de la salud infantil y en la capacitación de las madres para la atención de sus hijos.

En Uruguay, con un enfoque de “comunidad saludable”, comenzaron a desarrollarse proyectos en áreas carentes, dirigidos principalmente al fomento de la participación comunitaria en la búsqueda de soluciones para la población rural y suburbana en situación de riesgo. Ya se definieron áreas y regiones para la acción, con un papel activo de las intendencias municipales; también están involucrados el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, la OPS, otros ministerios, programas nacionales de desarrollo (como Uruguaya Rural/FIDA), ONG y las comunidades involucradas. En el Primer Encuentro Nacional de Comunidades Productivas y Saludables, realizado en Montevideo en 2006, se exploraron los avances y se trazaron estrategias y planes futuros.

En Colombia, con el apoyo de agencias donantes de Canadá, Estados Unidos y la Unión Europea, se está ejecutando desde 1998 un programa de cooperación destinado a mejorar el acceso a bienes y servicios de salud por parte de la población desplazada. Se ha diseñado y difundido, con la participación de los beneficiarios y de las autoridades, material informativo; también se ha apoyado el diseño y desarrollo de un *software* para organizar la base de datos de las poblaciones desplazadas y se ha dado promoción y apoyo al sistema de información de salud y vigilancia epidemiológica de estas poblaciones. En este proceso se establecieron, en coordinación con las autoridades sanitarias, ocho oficinas de terreno en las ciudades y departamentos con el mayor número de desplazados; estas oficinas, en adición al trabajo con los programas de desplazados, han apoyado a las autoridades en mitigar los efectos de los desastres naturales que han afectado al país en el presente año, particularmente por inundaciones y deslizamientos por la ola invernal, y otras emergencias provocadas por erupciones volcánicas.

En Haití, la OPS prestó asistencia en la preparación, financiamiento, seguimiento y evaluación del proyecto de saneamiento y mejoría de la apariencia de algunas áreas de Cité Soleil, el barrio más extenso de Puerto Príncipe. Los objetivos generales del mismo son crear un puente de la salud para la paz; generar empleos temporales para jóvenes y contribuir a mejorar la situación de insalubridad del ambiente mediante una campaña de limpieza pública, acompañada de actividades de educación sanitaria y movilización social.

En México, el Seguro Popular de Salud tuvo su arranque oficial en enero de 2004. El nuevo sistema pretende proveer progresivamente a la población no asegurada una opción de aseguramiento público voluntario. El esquema cubre a las familias afiliadas con un paquete explícito de intervenciones esenciales y algunos tratamientos médicos seleccionados que se consideran “catastróficos” por su alto

costo. Por cada familia afiliada, los gobiernos federal y estatal aportan recursos, los cuales son complementados por cuotas familiares pequeñas aportadas por los asegurados y que son definidas según el nivel de ingreso de cada familia. Para octubre de 2005, el número de familias protegidas por el seguro popular era de aproximadamente 3 millones; se espera que para fines de 2006 se alcance la meta de cobertura prevista de 5 millones familias, equivalentes a 20 millones de mexicanos.

Comunidades que viven en las áreas de frontera

Los gobiernos de Ecuador y Colombia se comprometieron a estructurar un Plan Binacional de Desarrollo de la Zona de Integración Fronteriza, el cual incluye los proyectos sobre vigilancia y prevención de eventos de interés en salud pública y fortalecimiento de la vigilancia de la calidad del agua en los sistemas del cordón fronterizo. En la Reunión de la Comisión Técnica Binacional de Salud (marzo 2006) se evaluó cooperación binacional en salud y se identificaron acciones y proyectos en beneficio de la población fronteriza.

En la Frontera México-Estados Unidos se trabaja para avanzar en el programa Frontera Saludable 2010, destinado a mejorar la cobertura de inmunizaciones en niños menores de 4 años. Este programa se realiza en alianza con la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos y la Secretaría de Salud de México, así como con múltiples colaboradores de los Estados fronterizos. Como parte de la estrategia permanente de seguimiento a los esquemas de vacunación, desde 2004 se realizan tres semanas de vacunación binacional al año esta frontera. En el Paso, Texas, se vacuna a migrantes mexicanos a través de la Ventanilla de Salud del Consulado Mexicano.

En el marco de la estrategia de Municipios Transfronterizos, durante 2005 se desarrollaron y formularon numerosas iniciativas de trabajo municipal y transfronterizo, muchos de ellas bajo la modalidad de cooperación horizontal entre países; algunos ejemplos son la región del Trifinio, el Corredor del Golfo de Fonseca, la frontera de Nicaragua y Costa Rica, así como la de Costa Rica y Panamá. Las iniciativas de Seguridad Alimentaria y Nutricional han promovido microempresas rurales productoras de alimentos, de gestión femenina, y la transferencia de nuevas tecnologías a empresas existentes para producir alimentos inocuos.

En la frontera de Uruguay (en los departamentos de Artigas y Rivera, caracterizados por un índice de pobreza muy alto) y Brasil, se implementa una iniciativa multisectorial y de liderazgo comunitario, enmarcada en la estrategia de comunidades productivas y saludables. La iniciativa promueve intervenciones específicas de promoción de la salud y prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y VIH, de manera colaborativa y coordinada con las intervenciones en el otro lado de la frontera en el Brasil. La población objeto prioritaria es la más vulnerable, como niños en situación de calle, adolescentes, trabajadoras sexuales, población carcelaria y usuarios de drogas.

Comunidades con sobrecarga de riesgos y enfermedades infecciosas

El Programa Regional de Malaria desarrolló un plan estratégico de control de la malaria para el período 2006–2010. En él se plantea el desafío actual de la malaria en la Región, se discuten las áreas prioritarias de la OPS para la cooperación técnica y se enmarca la iniciativa *Hacer Retroceder la Malaria* en la meta de la declaración del milenio de detener y comenzar a reducir la incidencia de la malaria (y de otras enfermedades importantes) antes de 2015.

México y los países de América Central están ejecutando un proyecto para promover la participación de la comunidad en el control de la malaria. Con financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), los países que comparten la selva Amazónica en Sudamérica han formado una red que, entre otras actividades, ha facilitado las investigaciones cuyos resultados se han utilizado en definir políticas del tratamiento. Siguiendo las orientaciones de la OPS, seis países (Bolivia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela) están utilizando actualmente combinaciones de drogas derivadas de artemisinina para el tratamiento contra la malaria. La reducción de casos en Argentina, El Salvador, México y Paraguay en los últimos cinco años ha sido suficientemente constante y sustancial para considerar que la transmisión ha sido potencialmente eliminada en estos países. Tampoco se ha presentado ningún caso de reintroducción de la malaria en los países declarados libres de transmisión en años anteriores.

En América Central, la OPS participa en la coordinación técnica y la transferencia de la estrategia denominada “Tratamiento focalizado”, con el apoyo financiero del Fondo para el Medio Ambiente Mundial y la colaboración técnica de la Secretaría de Salud de México. La estrategia, implementada con éxito en México, incluye la estratificación epidemiológica integral, el tratamiento de casos con dosis única mensual, la eliminación de parásitos en la población persistente y el control antilarvario ecológico mediante la participación comunitaria y el mejoramiento de la vivienda e higiene familiar.

En Suriname, siguiendo la iniciativa del Ministerio de Salud, la OPS ha adoptado un enfoque integrado y coordinado para apoyar el control y la prevención de la malaria entre los grupos afectados. La OPS tiene a su cargo la coordinación operativa de las actividades de investigación en la *Red de Vigilancia de la Resistencia a las Drogas Antimaláricas en la Amazonía*, en cooperación con la *Iniciativa Amazónica contra la Malaria* y la USAID, y utiliza los resultados de la misma en la ejecución del Fondo Global de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.

El “Plan Estratégico Regional de Control de la Tuberculosis 2006–2015” fue elaborado en 2005, en estrecha colaboración con los países. Incluye el compromiso de implementar o fortalecer las actividades de colaboración TB/VIH y las estrategias específicas para las poblaciones vulnerables, con el propósito de lograr una Región libre de tuberculosis. Por otro lado, la OPS está motivando a los Programas Nacionales de Control de la TB para que respondan con intervenciones innovadoras dirigidas a un mejor acceso a los servicios de salud, una adecuada identificación de casos y a resultados positivos del tratamiento. Dichas intervenciones requieren de la combinación de los compromisos intersectoriales, la movilización social y la aplicación de estrategias internacionalmente reconocidas.

En el Brasil, el progreso en la ejecución del Plan de Acción para el Control de la tuberculosis 2004–2007 y la implantación de la estrategia DOTS, con especial énfasis en los 315 municipios priorizados, ha producido un significativo avance en la cobertura de DOTS, pasando de 34% en 2003 a 52% en 2004. En este momento y con apoyo de la OPS el país elabora el Plan Estratégico 2006-2015, con el propósito de cumplir las metas del milenio y reducir en 50% la prevalencia y la mortalidad por tuberculosis.

En la República Dominicana, la OPS ha continuado la cooperación técnica para el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, mejorando la capacidad gerencial y operativa en los niveles provinciales y los establecimientos de salud. Como parte de la estrategia DOTS y de la Movilización Tolerancia

Cero, la OPS apoya el mejoramiento de la capacidad del diagnóstico de laboratorio, el sistema de información, la interpretación y uso de los datos y la participación y movilización social. Las intervenciones realizadas para la prevención y el control de la tuberculosis han contribuido a lograr una curación de pacientes tratados por esta enfermedad superior a 85% y una detección mayor a 70%.

La OPS ha cumplido un papel fundamental en la prevención, control y vigilancia de la enfermedad de Chagas, ya sea mediante el secretariado técnico de las Iniciativas Subregionales (Cono Sur, Centroamérica, Andina, Amazónica, México) o el apoyo a las actividades específicas que los países han desarrollado. Debido a las acciones efectivas de control, los servicios de salud de la mayoría de los países endémicos notifican una incidencia menor de casos agudos y una prevalencia menor de patología crónica cardiovascular o digestiva, como consecuencia de una menor infección primaria y reinfección reiterada en la población expuesta. En el marco de la Iniciativa del Cono Sur, en 2006 se logró la interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Triatoma infestans* en todo el Brasil (13 Estados endémicos); en breve, Paraguay podrá validar la interrupción de transmisión para toda su Región Oriental. En América Central la Iniciativa Subregional ha logrado avances significativos en la eliminación del principal vector domiciliario en todos los países, así como la eliminación domiciliaria efectiva en áreas de Guatemala y Honduras. Los países de la Iniciativa Andina, también trabajan en el desarrollo de sus programas nacionales. La Iniciativa Amazónica de Chagas ha comenzado a instrumentar su vigilancia, en interacción con la vigilancia de malaria. En México, se ha avanzado en la definición de prioridades de prevención y control mediante la formulación de nuevas normas de salud en este tema, y con intervenciones piloto en un Estado.

En la República Dominicana se están desarrollando estrategias novedosas en la prevención y el control del dengue, que incluyen la participación de la comunidad y el énfasis en la comunicación para el cambio de conducta. Se actualizó y publicó el *Prontuario para el diagnóstico y manejo del dengue-dengue hemorrágico* y se contribuyó a la elaboración y publicación de las *Guías para el manejo de las enfermedades infecciosas en República Dominicana*, ambos dirigidos a mejorar la calidad de la atención.

Durante 2005 se inició el proceso de socialización e implementación de la Estrategia Global para Continuar la Reducción de la Lepra y la Sostenibilidad de las Acciones de Control de la Enfermedad (2006–2010), tanto en los países de habla inglesa del Caribe como en los agrupados por el

MERCOSUR. La Estrategia pretende lograr la sostenibilidad mediante la integración de las acciones de diagnóstico, tratamiento y prevención de discapacidades en los servicios de atención primaria, así como un adecuado sistema de vigilancia de los casos, recidivas y discapacidades, a fin de continuar avanzando hacia el objetivo a largo plazo de la interrupción de la transmisión. Se realizó una reunión de gerentes de programas de control de lepra en Guyana en mayo del 2005 y otra de gerentes de los países del MERCOSUR. Paraguay elaboró un proyecto para el fortalecimiento de la capacidad resolutiva en el control de la lepra presentado a la cooperación española, y a la alemana para la lepra y la tuberculosis. También se apoyó a los coordinadores de los programas de control de la lepra de la República Dominicana y Paraguay en la elaboración de la Sala de Situación

Las estrategias de vacunación para la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas han mostrado un avance acelerado. Hasta junio de 2006, 84% de los países y territorios de las Américas han implementado sus planes de vacunación y han logrado grandes cohortes de adultos protegidos. Los países de habla inglesa del Caribe, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Paraguay , han completado campañas de vacunación masiva de hombres y mujeres adultos, en tanto que Chile y Brasil vacunaron sólo a mujeres en edad fértil, alcanzando durante las campañas más del 95% de cobertura. Los países restantes realizarán las campañas durante el segundo semestre de 2006 y el primero de 2007.

Se ha publicado una serie de guías prácticas sobre rubéola, sarampión, poliomielitis, tétanos neonatal y fiebre amarilla, y otra sobre el control de la difteria, tos ferina, tétanos accidental, las enfermedades invasoras causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b y la hepatitis B. También se publicó el primer número del folleto *Inmunización en las Américas*, una referencia de bolsillo para monitorear el progreso anual de los países de la Región en temas de inmunización.

Se ha implementado la vigilancia hospitalaria del rotavirus en 10 países y se ha creado una alianza dentro de la OPS para acelerar y facilitar la introducción de vacunas contra el virus del papiloma humano, responsable del cáncer cervicouterino.

En 2005, la OPS planteó la necesidad de preparar a los países del Cono Sur para la posible llegada del Virus del Nilo Occidental (VNO), debido a los brotes en Estados Unidos y a los casos aislados detectados en Centroamérica y Venezuela, así como por las rutas de las aves migratorias transmisoras

del virus. En consecuencia, en 2005 y 2006 se realizaron dos talleres internacionales en el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas, en la Argentina. En dichos talleres se capacitaron epidemiólogos y virólogos en los aspectos teóricos y prácticos del diagnóstico y vigilancia del VNO. El 19 de abril de 2006 se notificó en Argentina la detección de VNO en muestras de cerebro de tres equinos autóctonos, por lo que el Ministerio de Salud alertó a las direcciones de epidemiología de las provincias y se difundieron y reforzaron las medidas de prevención y las recomendaciones para disminuir el riesgo de contraer la enfermedad. Hasta la fecha no se han notificado más casos en equinos ni en humanos.

CAPÍTULO 3



AVANZA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA OPS

Compromiso con el Plan Estratégico 2003-2007

Desde el año 2003 han convergido múltiples esfuerzos que han promovido y facilitado importantes avances en el desarrollo institucional de la Organización. De esta manera, se ha podido progresar de manera efectiva con los cinco objetivos del Plan Estratégico 2003–2007 de la Oficina Sanitaria Panamericana: responder mejor a las necesidades de los países; fomentar nuevas modalidades de cooperación técnica; transformarse en un foro regional; convertirse en una organización de aprendizaje basada en el conocimiento, y mejorar las prácticas de gestión.

Este proceso de fortalecimiento institucional ha estado reflejando las recomendaciones de varios equipos que han analizado a la Organización desde diferentes perspectivas: el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, para posicionar a la Organización frente a los desafíos estratégicos de la salud pública en las Américas; la Dependencia Común de Inspección de Naciones Unidas, que examinó la aplicación de la gestión orientada a resultados, y los auditores, tanto internos como externos. El objetivo común ha estado centrado en fortalecer la labor de la Organización como instrumento para el desarrollo nacional de salud, mejorando el apoyo a los países, reforzando las prácticas de salud y aportando de manera efectiva al funcionamiento de los sistemas de salud. Progresivamente, se han ido concretando varios resultados y muchas acciones han servido para dinamizar y potenciar iniciativas que ya estaban en curso, lo que ha constituido una experiencia de aprendizaje y crecimiento que ha involucrado a toda la Organización.

En 2005, el Comité Ejecutivo conformó un Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza, con el objetivo de revisar algunos cuerpos de gobierno de la Organización y producir recomendaciones sobre el funcionamiento y las finalidades del Subcomité de Planificación y Programación, del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y del Comité Permanente de Organizaciones no Gubernamentales. También se incluyó entre sus competencias la revisión del proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y el mejoramiento de los reglamentos internos de los Cuerpos Directivos.

Un programa de trabajo y un Secretariado más estratégicos

En cuanto a la armonización con el Programa General de Trabajo de la OMS, entre todas las regiones de la OMS se han redefinido los puntos focales por áreas de trabajo, los cuales han venido trabajando en una red activa y participativa, lo que facilita la definición y distribución de responsabilidades entre las partes y niveles de la OMS para el logro de los objetivos acordados. Esto ha mejorado el flujo de recursos para lograr los resultados esperados, que han sido pactados con los países miembros. Desde el año 2005 ha habido una asignación de recursos globales (de contribuciones regulares y voluntarias) de la OMS a las Américas de \$30 millones. Por otro lado, Canadá ha sido el primer país en aportar recursos voluntarios específicos para el fortalecimiento institucional de la OPS y es un país que vigila con cuidado la asignación justa de recursos globales para los trabajos de la Región y para los países prioritarios de las Américas.

Más recursos financieros para la cooperación técnica

A nivel financiero, los Cuerpos Directivos aprobaron en 2004 la Estrategia para Aumentar la Tasa de Recaudación de las Cuotas, la cual incluye: hacer accesible, a través de la Intranet y la Internet de la OPS, el estado actual de las cuotas adeudadas; aceptar abonos en moneda local; promover el pago de las cuotas a lo largo del ejercicio financiero, y asignarlo como una responsabilidad fundamental a los Representantes de la OPS y del personal directivo superior. En 2005 hubo un logro institucional histórico, ya que todos los Estados Miembros, los Miembros Participantes y el Estado Miembro Asociado efectuaron algún pago de sus contribuciones señaladas, hecho que no ocurría desde 1990.

En 2005, los ingresos provenientes de fondos extrapresupuestarios o voluntarios fueron US\$ 64,3 millones, lo que representa un incremento de aproximadamente 25% respecto al mismo período en el bienio anterior. El monto recibido para ayuda a la mitigación de desastres naturales aumentó extraordinariamente, de US\$ 0,8 millón en 2004 a US\$ 9,5 millones en 2005. En este proceso tan exitoso, cabe destacar que varios de los principales gobiernos contribuyentes voluntarios a la OPS han ido estableciendo una modalidad de apoyo programático integrado y plurianual, lo que demuestra una mayor confianza en la capacidad del Secretariado. Los aportes voluntarios para proyectos regionales específicos también se han incrementado haciendo más importantes en volumen y extensión de tiempo, lo cual permite establecer resultados más ambiciosos y reduce los costos de transacción.

Instrumentos de planificación y programación fortalecidos y modernizados

Se ha mantenido un diálogo y participación permanente para armonizar la definición de los programas de país con los objetivos nacionales, el Programa General de Trabajo de la OMS y las metas mundiales. Esto se ha visto claramente reflejado en los procesos de análisis del Presupuesto Bienal por Programa (BPB, por su sigla en inglés) 2004–2005 y 2006–2007; también se han elaborados BPB subregionales y se instaló una nueva versión del sistema AMPES/OMIS para la gestión de proyectos, que incorpora la política regional de programa y presupuesto aprobada recientemente, con su nuevo nivel subregional. El proceso de armonización se ha visto reforzado por las visitas de seguimiento de los analistas de la Unidad de Apoyo a los Países, a fin de fortalecer los procesos de articulación entre los programas y los objetivos nacionales y mundiales. Los resultados y enseñanzas extraídas de la evaluación se han ido incorporando en la planificación, la programación y el presupuesto de cada Unidad.

Como parte de la definición de nuevas modalidades de cooperación técnica, se preparó un marco conceptual sobre los Planes Regionales de Salud Pública, buscando una mayor coherencia de los mismos con los mandatos y prioridades regionales, así como una estandarización de la terminología de planificación y programación de la Organización. Estos Planes constituyen un instrumento estratégico y de convergencia, que busca la articulación de todos los niveles y socios para el desarrollo (agencias, organizaciones no gubernamentales, instituciones de financiamiento y sociedad civil) a fin de lograr en forma eficiente el cumplimiento de metas y objetivos comunes. Este proceso continuará con la revisión y ajuste de los Planes Regionales y Subregionales actuales, servirá de base para la formulación de nuevos Planes y se sumará al perfeccionamiento de los instrumentos del Sistema Americano de Programación, Presupuestación y Evaluación (AMPES). Cabe recordar que el AMPES ha sido altamente reconocido por auditores y socios de la OPS por más de 20 años y es uno de los elementos fundamentales para el avance de la Gestión Orientada a Resultados (RBM, por sus sigla en inglés).

Los centros panamericanos están trabajando de manera más integrada con las oficinas de país, y sus recursos y actividades se incorporan progresivamente dentro del programa presupuesto (BPB) acordado entre cada Representación y el ministerio de salud respectivo. Siguiendo la estrategia aprobada por los Cuerpos Directivos, y en estrecha colaboración con el Gobierno de la República Argentina, se procedió al cierre del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) y la reorganización de la cooperación técnica en el área de protección de alimentos. La cooperación técnica

regional en agua y saneamiento básico ha sido asignada al Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), el cual funciona ahora como una Unidad dentro del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, y la correspondiente a la salud de la mujer y salud materna ha sido asignada al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), el cual funciona ahora como una Unidad dentro del Área de Salud Familiar y Comunitaria. También se revisó la asignación de responsabilidades y recursos de cooperación técnica para nutrición, a fin de adecuarlos a la Estrategia y Plan de Acción Regional que está en discusión en los Cuerpos Directivos. Se descentralizaron a diversos países tanto algunas posiciones que estaban ubicadas en la Sede regional, manteniendo sus responsabilidades regionales, como las nuevas posiciones regionales, subregionales e interpaís creadas, cuyas sedes se ubicaron dentro de las oficinas de país o centros panamericanos.

Aplicación de la Estrategia de Cooperación Técnica con el País (ECP)

Se ha logrado un gran avance en el esfuerzo por colocar a los países en el centro de la cooperación técnica de la Organización, orientando los programas hacia la consecución de resultados y abarcando todos los niveles y componentes de la Organización.

La Estrategia de Cooperación con el País constituye el eje de articulación de la cooperación técnica sobre el que se desarrollan las transformaciones en los países. En los últimos cuatro años, se han establecido ECP en Bolivia, Costa Rica, Guyana, Honduras, México, Nicaragua y Venezuela; están en la fase final de aprobación Bahamas, Colombia, El Salvador, Guatemala, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago; están en curso actualmente en Belice, Cuba, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay; en Bahamas está programada para empezar en octubre de 2006, y Argentina, Belice, Brasil, Chile, Ecuador y Haití han decidido iniciarlas en 2007.

La Región de las Américas ha sido la primera en realizar una Estrategia de Cooperación Multipaís que abarca a Barbados y los Países del Caribe Oriental (Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas), experiencia que se compartió con las Islas Estados del Pacífico Occidental. Se ha iniciado el desarrollo de ECP Subregionales, en diálogo con las instituciones de integración. También se llevó a cabo una evaluación rápida de las 10 ECP concluidas de la Región, lo que permitió analizar tanto los contenidos de los documentos producidos como los procesos seguidos en su preparación.

Reordenamiento de la Oficina Sanitaria Panamericana

Frente a la realidad y en diálogo permanente y cooperativo con la Asociación de Personal de la OPS, se decidió lanzar un proceso de evaluación estratégica y alineamiento de los recursos (SARA, por sus siglas en inglés), con el objetivo de responder a los mandatos y relaciones de la Organización derivados de los nuevos desafíos de la salud pública internacional. Los escenarios actuales y futuros de la cooperación internacional incorporan los avances tecnológicos y determinan la necesidad de ajustes periódicos en las responsabilidades y en la misión de cada una de las partes del Secretariado, teniendo en cuenta, además, que las capacidades individuales y colectivas de sus Estados Miembros van evolucionando y modificándose. Este proceso busca alinear los programas con los recursos necesarios para llevarlos adelante y de manera adecuada y estratégica, determinar la infraestructura y las competencias necesarias y facilitar el desarrollo y capacitación del personal existente, así como guiar adecuadamente el reclutamiento del nuevo personal que se requiera para cumplir con los mandatos programáticos establecidos.

El análisis de las funciones y responsabilidades ha llevado al ordenamiento de unidades y áreas, principalmente en la Sede, y se creó la Unidad de Desarrollo Institucional, avanzando sobre la experiencia previa del Equipo de Gestión del Cambio Institucional. Una de las responsabilidades de esta nueva unidad es vigilar los avances de la Organización en la Gestión Orientada a la Consecución de Resultados, la cual se concibe como un sistema para proporcionar a todos los gerentes los medios para desempeñar su trabajo de la manera más eficaz y eficiente, al mismo tiempo que se garantiza la rendición de cuentas. Otra responsabilidad es coordinar el avance de las 11 Iniciativas de la Hoja de Ruta para la Transformación Institucional, la mayoría de las cuales ya han cumplido con sus términos de referencia y han presentado varios resultados intermedios y finales.

Se adoptó el Código de Principios Éticos y Conducta, que se refiere al comportamiento del personal, incluida la declaración de conflicto de intereses en caso de que corresponda, así como la confirmación de su entendimiento y el compromiso de su cumplimiento. Se seleccionó al mediador y se estableció y cubrió el puesto de Oficial de Ética, figura clave en la instrumentación del sistema exigido por el nuevo Código.

Nuevas alianzas y asociaciones para la salud

Se han realizado múltiples acciones para coordinar y forjar asociaciones y alianzas estratégicas y sobre todo para profundizar la coordinación de las actividades de la OPS con otros organismos del sistema de Naciones Unidas y del sistema Interamericano. Entre las numerosas actividades interinstitucionales se destaca, por la importancia y actualidad de la temática, el Grupo de Revisión e Implementación de la Cumbre de las Américas y el conjunto de actividades de coordinación relacionadas con la gripe aviar.

Con el objetivo de potenciar la armonización y el alineamiento de la cooperación internacional para lograr mayor efectividad de la ayuda para el desarrollo se puede mencionar la participación y coordinación de OPS, en Honduras, de la Mesa de Cooperantes en Salud y Reforma, conformada por varios organismos de cooperación externa bilaterales y multilaterales, tales como Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA), Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Banco Mundial (BM), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Programa Mundial de Alimentos (PMA) y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Otro ejemplo de acciones intersectoriales fue el establecimiento de una alianza estratégica entre salud (salud y seguridad de los trabajadores del sector y profesionalización de los recursos humanos); educación (escuelas promotoras de salud y prevención del VIH); trabajo (salud y seguridad de los trabajadores y prevención del VIH), y ambiente (agua, químicos y ambientes saludables para niños y trabajadores). En esta alianza se interrelacionan la protección social y los ambientes saludables, los mandatos de la Cumbre de las Américas y el fortalecimiento para alcanzar las metas del milenio. También se realizaron encuentros interministeriales de los sectores de salud y agricultura, y de salud y ambiente, así como tripartitas entre salud, ambiente y trabajo.

A fin de fomentar y fortalecer nuevas modalidades de trabajo, se han creado grupos de trabajo interdisciplinario para fortalecer la calidad de la respuesta técnica en el Secretariado y en los países. Actualmente existen los grupos de alerta y respuesta frente a epidemias; la estrategia y el plan de acción regional en materia de nutrición y desarrollo; la estrategia regional sobre un método integrado para la prevención y control de enfermedades crónicas, y el Plan Regional sobre el VIH/SIDA 2006-2015.

Asimismo, se han desarrollado herramientas técnicas que facilitan el establecimiento de sitios virtuales para la colaboración con socios externos. En este sentido, se mantienen sitios de *sharepoint* para el Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria; los Objetivos de Desarrollo del Milenio; el Grupo de Estudio de Influenza Pandémica; el Comité Consultivo Técnico sobre VIH y las ITS; las Redes Iberoamericanas sobre las Normas de Prácticas Clínicas; los miembros de las Américas que integran el Comité Ejecutivo de la OMS, etc. Se han creado hasta el momento más de 40 espacios o sitios para la participación y colaboración, cada uno de los cuales tiene entre 3 y 50 sitios secundarios. En promedio, más de 300 funcionarios y socios interactúan dentro de estos sitios, en los cuales se realizan más de 2.000 consultas semanales.

El establecimiento de alianzas y asociaciones con otros organismos de la comunidad internacional facilitan el esfuerzo conjunto para abordar la agenda inconclusa, proteger los logros y afrontar los nuevos desafíos en materia de salud en la Región. Por ejemplo, la OPS está colaborando estrechamente con la Organización de los Estados Americanos (OEA) para vincular las prioridades de salud de la Región con la agenda política del continente. En este sentido, la OPS es miembro del Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres y del Grupo de Revisión de la Implementación de Cumbres (GRIC), y como tal, apoya el trabajo de implementación de la Declaración y el Plan de acción de las Cumbres de las Américas y toma parte en los trabajos de organización de las próximas Cumbres.

En coordinación con la Secretaría General de la OEA, la OPS ha participado en las reuniones y conferencias interamericanas de ministros de otros sectores diferentes a los de la salud; por ejemplo: la Conferencia de Ministros de Trabajo realizada en México sobre el tema de Salud y Seguridad Ocupacional; la Reunión Interamericana de Ministros de Educación en Trinidad y Tabago, donde la OPS recibió el encargo de articular los esfuerzos intersectoriales de lucha en contra de la infección por VIH/SIDA, la Reunión de los Ministros de Salud y Medio Ambiente, realizada en Mar del Plata, y la reunión de ministros y otras altas autoridades de desarrollo social en Venezuela, donde se discutió una primera versión de la Carta Social de las Américas.

Los trabajos de colaboración con agencias del sistema interamericano incluyen a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la Comisión Interamericana de la Mujer (CIM), la Comisión Interamericana de Control de Abuso de Drogas (CICAD), la Comisión Interamericana de

Control del Terrorismo y Crimen (CICTE), el Instituto Interamericano de Cooperación Agrícola (IICA) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

En este mismo sentido, y con el objetivo de alcanzar la meta de salud para todos, la OPS ha venido trabajando en el fortalecimiento de sus redes ya existentes. Entre ellas podemos mencionar: la Red de Municipios y Comunidades Saludables, cuyo foro permite unir esfuerzos conjuntos para promover la salud de las poblaciones; la Red para la Vigilancia Aviar, cuyo papel es fundamental para la preparación y respuesta a una posible pandemia; la Red para la Armonización y Regulación farmacéutica, que es una de las iniciativas de mayor importancia en la Región ya que ha permitido la disponibilidad de productos farmacéuticos inocuos, eficaces y de buena calidad, contribuyendo así a proteger la salud pública, y la Red de Escuelas Promotoras, cuyos objetivos contribuyen a promover y cuidar la salud tanto de las futuras generaciones como las de sus familias y comunidades, así como mantener y crear ambientes de estudio y trabajo saludables. Otro ejemplo de este trabajo cooperativo es el de Observatorio de Recursos Humanos de la Salud; este es un claro ejemplo de cooperación entre los países de la Región, ya que por medio de su red de grupos nacionales se ha podido introducir el tema de los recursos humanos en las políticas sanitarias y en los procesos de planificación nacionales.

En este contexto y definiendo otras estrategias de cooperación, es importante destacar que en la XV Cumbre Iberoamericana, celebrada en Salamanca, España, en 2005, se constituyeron cuatro redes iberoamericanas de salud, las que deben presentar un informe de avance en la siguiente Cumbre que tendrá lugar en Noviembre de 2006 en Uruguay. Estas redes iberoamericanas son: la de Donación y Trasplantes, coordinada por España; la de Políticas de Medicamentos, coordinada por Argentina; la de Enseñanza e Investigación en Salud Pública, coordinada por Costa Rica y la de Lucha contra el Tabaquismo, coordinada por Brasil.

Como miembro fundador del Grupo de Directores Regionales de las agencias copatrocindadores de ONUSIDA, la OPS ha continuado asistiendo a las reuniones permanentes, y presidiendo de manera rotativa, para fortalecer la respuesta de las Naciones Unidas a la infección por VIH/SIDA en los países de América Latina y el Caribe. La OPS también forma parte del Equipo de Directores Regionales de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe; este Equipo —normalmente reservado a los Directores Regionales de las agencias miembros del Comité Ejecutivo del Grupo de las Naciones Unidas (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, UNICEF, UNFPA y PMA)— se reúne

trimestralmente para coordinar la acción conjunta de estas agencias en la Región. Entre los principales temas abordados está el proceso de reforma de las Naciones Unidas, las misiones conjuntas a países prioritarios y el apoyo coordinado al desarrollo del país (en particular a Haití), la coordinación interagencial, bajo el liderazgo de la OPS, sobre el tema de la gripe aviar y de una posible pandemia de influenza, el impulso al avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y temas administrativos vinculados a la reforma de las Naciones Unidas (como el Programa de Servicios Comunes a través de la Región, en el que la OPS participa activamente y cuyas principales ventajas han sido el ahorro de recursos al incorporar economías de escala, la simplificación de la gestión administrativa y la transparencia del proceso. Varios de estos temas serán abordados durante la reunión del Equipo de Directores Regionales de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe que se llevará a cabo en la Sede de la OPS el 31 de agosto y 1 de septiembre de 2006. Aprovechando su carácter de anfitrión de esta reunión, la OPS presentará los últimos avances logrados en el campo de la inmunización, y lanzará el sitio web “Caras y Lugares” sobre los ODM en nuestra Región.

Cooperación Técnica entre Países (CTP)

En 2005 se presentó un informe de progreso de la aplicación de la CTP, incluyendo informes finales de los proyectos apoyados por la Organización, y todo se colocó a disposición del público en la página web de la Unidad de Apoyo a los Países. La CTP constituye un ejemplo concreto sobre las ventajas de forjar y consolidar alianzas para la salud entre los países y sus instituciones, en beneficio de las poblaciones más vulnerables de las Américas. La CTP es una de las modalidades de cooperación técnica que figura de manera prominente en la nueva Estrategia de Gestión para el Trabajo de la Organización, junto con la promoción y el fortalecimiento de las Instituciones Nacionales de Excelencia, el uso de los Centros Colaboradores y la Cooperación Técnica Descentralizada. Esta estrategia de cooperación se ha ido afianzando desde que se inició, en 1998. Cada uno de los países de la Región ha participado con algún proyecto, en temas como desarrollo sostenible, información sanitaria y tecnología, acceso universal y servicios de salud, control de enfermedades y manejo de riesgos, salud familiar y comunidad. Durante 2005, todos los países prioritarios definidos por la Organización —Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua— participaron activamente en proyectos de CTP, lo cual refleja la generosidad y solidaridad regional para compartir recursos y superar las disparidades en salud.