

Capítulo 5

SALUD Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

El compromiso mundial de trabajar por un mundo de mayor equidad social y sin pobreza es la fuerza motriz de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y a su vez orienta y dirige la agenda de la cooperación internacional. La ayuda al desarrollo, las alianzas público-privadas, la cooperación técnica entre países y las iniciativas de integración subregional son distintas formas de expresión de la cooperación internacional en las Américas.

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), que abarca los préstamos y donaciones de los países desarrollados destinados al bienestar y desarrollo económico de los países en vías de desarrollo, se ha incrementado hacia el África Subsahariana y el Sudeste Asiático (que representaron dos tercios de toda la AOD en 2005), y ha disminuido proporcionalmente hacia América Latina y el Caribe (que recibió menos de 10% de toda la AOD en 2005). El volumen de ayuda per cápita hace aún más visibles las diferencias: en 2004, la AOD per cápita hacia África fue de US\$ 34, mientras que para América Latina y el Caribe fue de US\$ 13. El flujo de ayuda hacia los distintos países se basa en la clasificación mundial de las economías: los países de ingresos bajos y de ingresos medios bajos reciben más AOD. En general, la proporción de la AOD que se destina a la salud (atención primaria, prevención y control de enfermedades, planificación familiar, infraestructura, administración y gestión del sector salud) ha aumentado. La región de América Latina y el Caribe recibió 17% del total de la AOD destinada a la salud entre 2002 y 2004 (US\$ 402,6 millones), y las agencias bilaterales proporcionan tres cuartas partes de la misma, fundamentalmente para el combate contra las infecciones de transmisión sexual y para la implementación de políticas relacionadas con la salud, la población y la atención primaria de salud. Una parte importante de la asistencia multilateral para la ayuda en salud en América Latina y el Caribe vino de los bancos de desarrollo (el Banco Mundial, el Banco Interamericano de

Desarrollo, la Corporación Andina de Fomento, el Banco de Desarrollo del Caribe y el Banco Centroamericano de Integración Económica). Las fundaciones filantrópicas y las organizaciones no gubernamentales (ONG) contribuyeron con otra significativa parte de la ayuda en salud hacia la región. La AOD debería, de forma ideal, atender las prioridades en salud con base en el indicador de la carga global de enfermedad, que representa una estimación de la magnitud de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo medida a través de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). El objetivo debería ser que la ayuda oficial en salud sea consistente con las prioridades en salud de los países. Sin embargo, en América Latina y el Caribe, la relación entre la carga de enfermedad y los fondos adjudicados muestra discrepancias. Por ejemplo, mientras que las enfermedades no transmisibles representan 60% de la carga de enfermedad, estas enfermedades reciben solamente 27% de la AOD destinada a la salud.

Las alianzas público-privadas, una nueva forma de cooperación en salud que involucra a múltiples actores, han crecido notoriamente en la última década. El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, cuya junta directiva está integrada por representantes de los países receptores, donantes, ONG, empresas, fundaciones, organizaciones internacionales y de las comunidades afectadas, ha constituido desde su creación en 2002 una de las más importantes fuentes financieras de la ayuda en salud. El Fondo Mundial ha destinado US\$ 466 millones para América Latina y el Caribe. La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) ha recaudado casi US\$ 3.300 millones por concepto de financiación tradicional por parte de gobiernos y donantes privados y ha logrado la inmunización de millones de niños que previamente no tenían acceso a vacunación, y se estima que se habrían evitado más de 1,7 millones de muertes prematuras en todo el mundo gracias al apoyo de GAVI. El Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas, una colaboración de la compañía Merck Sharp & Dohme, de ONG como el Centro Carter, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y de los países con oncocercosis, entre otros, se propone eliminar la enfermedad como problema de salud pública e interrumpir su transmisión para 2007. Finalmente, un importante objetivo de varias alianzas público-privadas ha sido la cooperación para el control y la mitigación de desastres, para lo que entre 2000 y 2005 fueron movilizados US\$ 21 millones provenientes de diversos donantes.

La cooperación técnica entre países, un proceso horizontal y recíproco en el cual dos o más países trabajan en conjunto para la construcción de capacidades individuales y colectivas a través del intercambio de conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías, incluye más de 200 proyectos en salud aprobados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1998 en áreas tales como el control de enfermedades, el manejo de riesgos, la salud ambiental, la salud familiar y comunitaria, los servicios de salud, las emergencias y desastres, y la ayuda humanitaria.

Para asegurar la mayor efectividad de la ayuda al desarrollo, se está acentuando la importancia de su “armonización” (los esfuerzos de los donantes por coordinar sus actividades), su “alineamiento” (la coordinación de las prioridades del donante con las prioridades del país receptor, anteponiendo las prioridades de este último) y un proceso de reforma de las Naciones Unidas que se propone la coordinación de las operaciones de varias agencias de la ONU en los países en desarrollo. Una importante iniciativa para abordar los desafíos de la salud en las Américas es la adopción por todos los países de la Región de la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017.

Para ampliar sus oportunidades políticas y económicas, los países de las Américas, con historia, cultura y en algunos casos fronteras comunes, se han embarcado en procesos de integración regional. Aun cuando su prioridad es el aspecto comercial, estos procesos han sentado las bases para la cooperación en temas sociales y relacionados con la salud. En el Cono Sur, el principal proceso de integración, el MERCOSUR, está explorando la armonización de las regulaciones en salud. La Comunidad Andina de Naciones cuenta con un mecanismo de integración del sector salud, el Convenio Hipólito Unanue, que fomenta los esfuerzos de los países de forma individual y colectiva para mejorar la salud de sus pueblos. El Sistema de la Integración Centroamericana ha establecido una Alianza para el Desarrollo Sostenible y realiza reuniones periódicas de los ministros de salud conocidas como la RESSCAD, que congregan un amplio espectro de instituciones del sector salud, entre otras de la seguridad social, agua y saneamiento. La Comunidad Caribeña ha establecido una Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe que prioriza el fortalecimiento de los sistemas de salud y el desarrollo de los recursos humanos y aborda temas relacionados con la salud familiar, alimentación y nutrición y salud ambiental. El Tratado de Libre Comercio de América del Norte entre Canadá, México y los Estados Unidos incluye disposiciones para la cooperación en salud entre los tres países.

LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) es una herramienta de creciente importancia en el logro de los ODM (1). El Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) define la AOD como las donaciones no reembolsables y préstamos subvencionados a países y territorios en vías de desarrollo y que integran la lista del CAD de receptores de AOD.

La AOD debe ser proporcionada por el sector oficial del país donante y debe estar orientada a promover el desarrollo económico y bienestar del país beneficiario. En el caso de préstamos, debe

tener un elemento de donación de 25% como mínimo. El Sistema de Informes de Créditos (Credit Report System, CRS) y las estadísticas anuales agregadas del CAD (2) registran y dan seguimiento detallado a las tendencias de la AOD. Ambos sistemas aportan información sobre compromisos y desembolsos de la ayuda dada por los 22 países miembros del CAD¹ y constituyen la principal fuente de información de esta sección. Los países receptores de

¹Integran el CAD los siguientes países: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Japón, Luxemburgo, Nueva Zelandia, Noruega, Portugal, Suecia, Suiza y Reino Unido.

Clasificación de la cooperación internacional

No existe una tipología única o de valor universal de la cooperación internacional. La conceptualización de la ayuda al desarrollo está sujeta a las experiencias, antecedentes, intereses y prioridades de los países y organismos actuantes. Las clasificaciones existentes, por ende, más que responder al rigor de una ciencia, reflejan la sistematización empírica de los tipos de cooperación ofrecida y recibida por los países participantes.

Por su origen, la cooperación puede definirse como **bilateral**, cuando se establece mediante acuerdo entre dos países y las respectivas agencias oficiales financieras o técnicas de esos dos países. Las agencias gubernamentales que canalizan recursos hacia países en desarrollo se denominan **agencias bilaterales**. La cooperación es multilateral cuando la relación es entre un país y los **organismos internacionales multilaterales** (bancos de desarrollo, agencias y organismos de las Naciones Unidas, entre otros). La cooperación es **horizontal** (también llamada **Cooperación Técnica entre Países, CTP**) cuando sus actores principales son dos o más países en desarrollo y se refiere a las relaciones bilaterales y multilaterales que implican gobiernos, instituciones, corporaciones, personas y organizaciones no gubernamentales (ONG) de dos o más países en desarrollo. La cooperación es **no gubernamental** en los casos en que los aportes son realizados por ONG, fundaciones filantrópicas u otras instituciones privadas.

Fuente: Barreiro F, Berro M, Cruz A. América Latina y la Cooperación Internacional. ICD, Instituto de Comunicación y Desarrollo, Montevideo, 1997.

AOD son aquellos que figuran en la lista de países en desarrollo, la que fue publicada por el CAD por primera vez en 1962, con el fin de establecer un sistema exhaustivo de registro de la AOD y de las restantes contribuciones de los miembros del CAD a los países en desarrollo. El CAD establece que las listas tienen propósitos estadísticos y que no tienen como fin dar directrices sobre distribución geográfica de la ayuda o elegibilidad de los países. Entre 1993 y 2005, la lista del CAD se dividió en dos partes, y en la llamada Parte I de la lista se incluían todos los países y territorios receptores de AOD, que se designaban como países en desarrollo. En 2005 el CAD decidió utilizar una sola lista de receptores de AOD y eliminó la parte II. La lista actual del CAD incorpora cuatro grupos de países que pueden ser receptores de AOD: los países menos desarrollados; los de bajos ingresos; los de ingresos medios bajos, y los de ingresos medios altos. La clasificación se realiza con base en el ingreso nacional bruto (INB) per cápita de los países.

El esquivo 0,7% del producto nacional bruto

En 2005, la AOD alcanzó la cifra récord de US\$ 106.500 millones, lo cual representó 0,33% del producto nacional bruto (PNB) de los países miembros del CAD, mientras que en 2004 la AOD representó 0,26% del PNB del mismo grupo de países (3). Las proyecciones que pueden realizarse tomando en cuenta los compromisos de ayuda asumidos por los países miembros del CAD indican que en 2010 la AOD alcanzará US\$ 130.000 millones, prácticamente el doble de la suma del año 2000. La AOD representó por ende solamente 0,33% del PNB en 2005 y en 2010 se estima que llegará a 0,35% del PNB de los países miembros del CAD (figura 1).

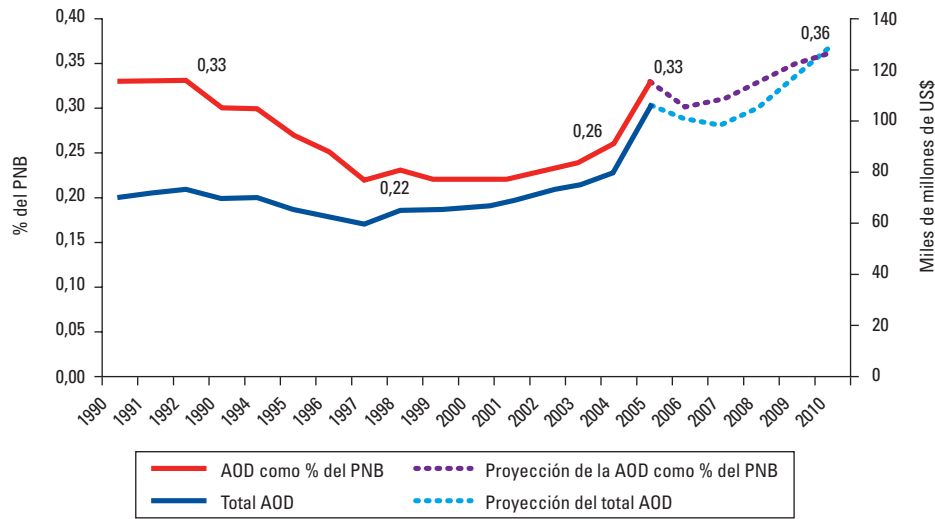
En 1970, la Asamblea General de las Naciones Unidas recomendó a los países desarrollados que aumentaran su asistencia oficial hacia los países en desarrollo y que hicieran “los mayores esfuerzos para alcanzar a mediados del decenio una cantidad neta mínima equivalente al 0,7% de su producto nacional bruto a precios de mercado” (4). La recomendación de que la AOD alcance por lo menos 0,7% del PNB de los países donantes fue reafirmada en las últimas cumbres mundiales de Jefes de Estado y de Gobierno, en la Cumbre del Milenio de 2000, en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo (Monterrey, 2002) y en el Diálogo de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Financiación para el Desarrollo en 2005. Sólo cinco países han logrado superar esta meta: Dinamarca, Holanda, Luxemburgo, Noruega y Suecia (2).

La AOD para América Latina y el Caribe

Ciento cincuenta países de varias regiones del mundo fueron receptores de AOD en 2005, pero la distribución no fue uniforme. La prioridad geográfica para la AOD fueron en 2005 las regiones del África Subsahariana y el Sudeste Asiático, ya que 66% de toda la AOD se dirigió hacia estas regiones, mientras que América Latina y el Caribe recibió solo 9% de la misma. La tendencia del período 1998–2004 indica un creciente flujo de recursos hacia África y un flujo relativamente estable o decreciente para América Latina y el Caribe, tal como lo muestra la figura 2.

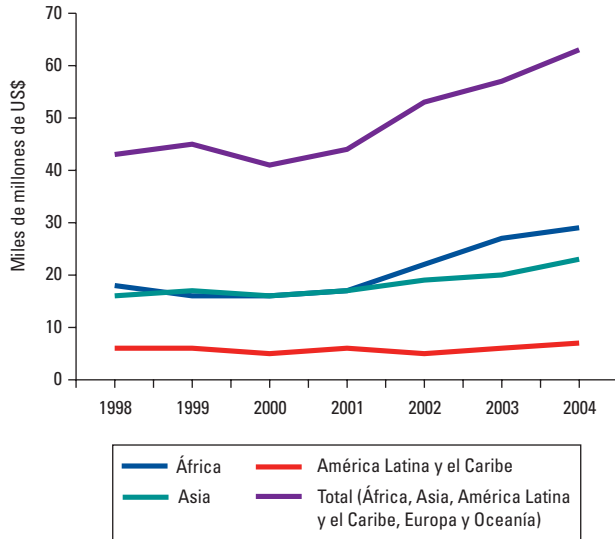
La AOD puede ser medida de tres formas: en dólares estadounidenses totales; como proporción del PNB; o per cápita. Esta última indica la ayuda que recibe una región o país por persona y permite estandarizar la ayuda corrigiendo el factor poblacional.

FIGURA 1. Ayuda Oficial al Desarrollo 1990–2005 y estimación hasta 2010.



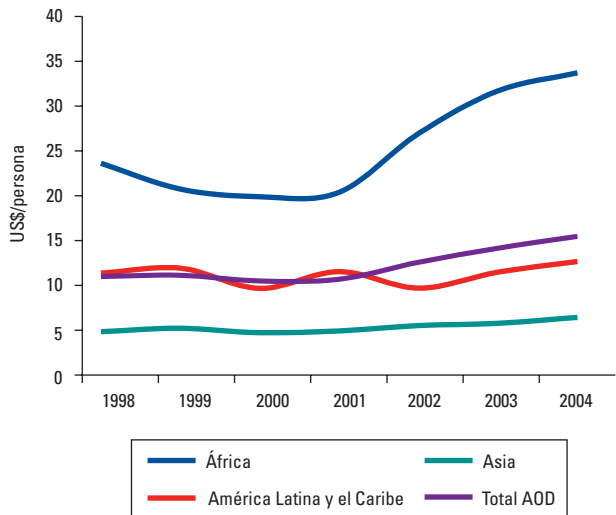
Fuente: Adaptado de Organization of Economic Cooperation and Development. DAC members' net ODA 1990–2005 and DAC Secretariat simulation of net ODA in 2006 and 2010. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/57/30/35320618.pdf>.

FIGURA 2. Ayuda Oficial al Desarrollo por regiones en US dólares constantes de 2004.



Fuente: Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

FIGURA 3. Ayuda Oficial al Desarrollo per cápita, según regiones, 1998–2004.



Fuente: Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

Por ejemplo, el nivel de la AOD total ha evolucionado de US\$ 10 por persona en 2000 a casi US\$ 15 por persona en 2004. Sin embargo, el análisis por regiones muestra que en 2004, mientras África recibió US\$ 34 por persona, América Latina y el Caribe recibió US\$ 13 por persona, por debajo del promedio global, aunque mayor a lo recibido por Asia que llegó a US\$ 6 por persona. Mientras que Asia y América Latina son la segunda y tercera re-

gión en recibir AOD en dólares estadounidenses totales, la ayuda per cápita las ubica en otro orden (figura 3).

Dentro de América Latina y el Caribe, la AOD ha estado dirigida principalmente hacia los países de ingresos bajos e ingresos medios bajos, que en 2004 recibieron US\$ 27 y US\$ 14 de ayuda por persona, respectivamente. La ayuda recibida por los países de ingresos medios altos en América Latina y el Caribe (US\$ 2 por per-

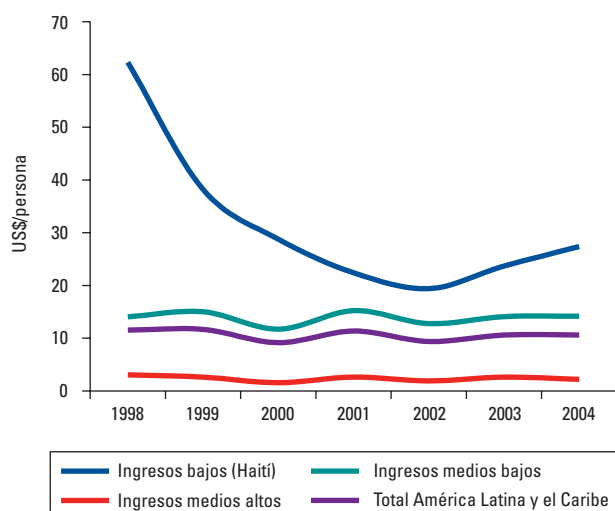
Clasificación de las economías mundiales

De acuerdo con la clasificación de las economías mundiales del Banco Mundial, se consideran países de ingresos bajos aquellos que tienen un ingreso nacional bruto (INB) per cápita igual o menor a US\$ 905. Si el INB por persona está entre US\$ 906 y US\$ 3.595 el país se considera de ingresos medios bajos; el país es de ingresos medios altos si su INB por persona está entre US\$ 3.596 y US\$ 11.115, y de ingresos altos cuando es superior a US\$ 11.115. En América Latina y el Caribe el único país que corresponde a la categoría de país de ingresos bajos es Haití, mientras que Antigua y Barbuda, las Antillas Neerlandesas, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermuda, y Trinidad y Tabago pertenecen al grupo de economías de ingresos altos.

Argentina, Belice, Brasil, Chile, Costa Rica, Dominica, Granada, México, Panamá, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Uruguay y Venezuela son países de ingresos medios altos. El resto de países de América Latina y el Caribe son de ingresos medios bajos: Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname.

Fuente: Banco Mundial. Datos y estadísticas. Clasificación de países.

FIGURA 4. Ayuda Oficial al Desarrollo per cápita hacia América Latina y el Caribe, según niveles de ingresos, 1998–2004.



Fuente: Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

sona en 2004) ha estado por debajo del promedio recibido por toda la región, así como por debajo de la ayuda recibida por los países de ingresos bajos y medios bajos, como lo muestra la figura 4.

En términos generales, la ayuda representa el principal componente de los flujos de capitales extranjeros para países de ingresos bajos (2,8% de su PNB), mientras que para los países de ingreso medio el flujo de capitales privados es mucho más importante. En este último caso la ayuda representa solo 0,2% del PNB (5).

Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud

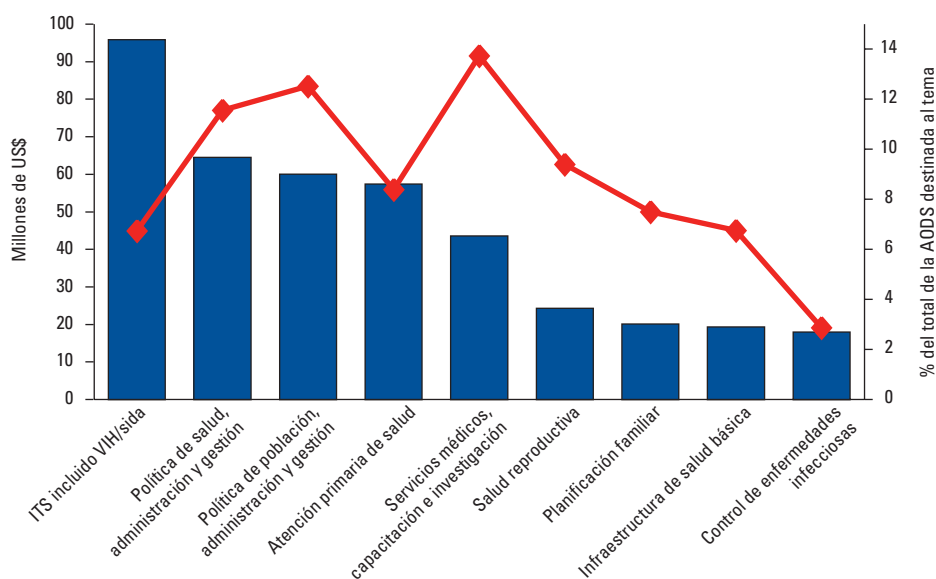
La Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud (AODS) es la parte de la AOD que va dirigida hacia el sector salud, lo cual corresponde a salud básica, atención básica de salud, infraestructura básica de salud, control de enfermedades infecciosas, salud general, servicios médicos, capacitación e investigación, políticas y gestión administrativa de la salud, población, políticas y gestión administrativa de la población, atención y salud reproductiva, planificación familiar, control de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso VIH/sida, y salud y población (2).

Según recientes datos de la OCDE, el crecimiento promedio de la AODS durante los últimos 15 años (1990–2005) ha sido de 5,4% anual (6). En el período 1996–2004 la proporción de ayuda bilateral y ayuda multilateral se mantuvo constante: dos terceras partes de la ayuda en salud fue bilateral mientras que un tercio fue multilateral. Los compromisos asumidos por los países miembros del CAD para la ayuda bilateral en salud entre 1973 y 2003 fue de US\$ 66.000 millones y los préstamos para salud de los bancos de desarrollo durante el mismo período fueron de US\$ 18.000 millones.

Estados Unidos ha sido el mayor donante bilateral para salud en términos absolutos, mientras que Irlanda ha sido el que más recursos ha dado a salud en términos relativos (35% en el período 2002–2004). La contribución multilateral se ha incrementado desde el año 1999 pero más aún desde 2002, debido a la creación del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), que ha aportado entre 2002 y 2006 aproximadamente US\$ 3.700 millones.

En el período 2002–2004, el desembolso de la AODS en el mundo ascendió a US\$ 8.580 millones, de los cuales 45% fueron destinados hacia África y 17% a América Latina y el Caribe (US\$ 402,6 millones). Estos recursos fueron otorgados principal-

FIGURA 5. Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud para América Latina y el Caribe, cantidad y porcentaje por sectores, 2002–2004.



Fuente: Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

mente para el control de ITS, entre ellas el VIH/sida, y para la ejecución de políticas de salud y población y atención primaria de salud (7).

Sin embargo, y como lo muestra la figura 5, la ayuda orientada a América Latina y el Caribe para el control de las ITS, incluido el VIH/sida, representó solo 7% de la AODS destinada a este tema en todo el mundo. En cambio los recursos para servicios médicos, capacitación e investigación orientados a América Latina y el Caribe, representan 14% de la AODS destinada a este tema en el mundo. Entre 1990 y 2004, la AOD según sectores muestra una leve tendencia al aumento para el sector de salud y población, pasando de 4% del total a 7% del total en 2004, tal como se desprende del cuadro 1.

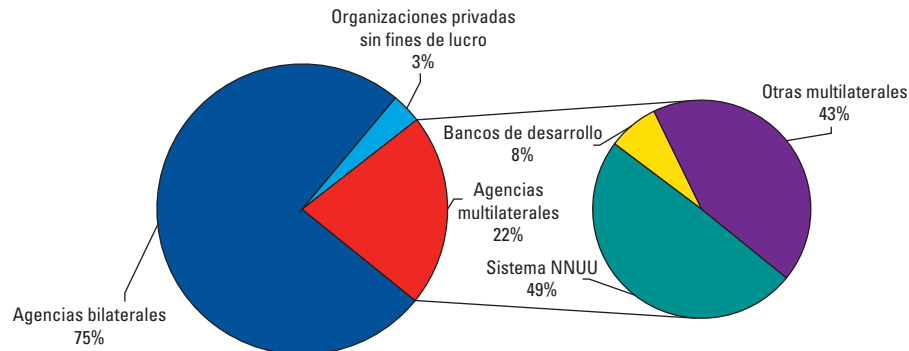
La AODS en América Latina y el Caribe

En el período 2002–2004, la salud representó 13% del total de la AOD en el mundo (6), mientras que en el período 1996–1998 había representado 8,7%. En 1998, la región de América Latina y el Caribe recibió 11% de toda la AOD, porcentaje que en 2004 descendió a 8,7%. Si bien se comprueba una tendencia creciente de la ayuda destinada para la salud a nivel mundial, la tendencia de la asignada a América Latina y el Caribe es descendiente. En el período 2002–2004, América Latina y el Caribe recibió US\$ 402,6 millones en ayuda destinada a la salud, la que fue canalizada a través de fuentes bilaterales, multilaterales y privadas (7). La proporción de la ayuda en salud para América Latina y el Caribe según las distintas fuentes de cooperación se muestra en la figura 6.

CUADRO 1. Distribución porcentual de la AOD en América Latina y el Caribe según sectores, 1990–2004.

Sector	1990–1992	1993–1995	1996–1998	1999–2001	2002–2004
Educación	4	3	6	7	8
Salud y población	4	8	8	6	7
Agua y saneamiento	5	9	9	7	4
Otros sectores sociales	22	23	21	35	38
Infraestructura económica	21	13	14	8	5
Producción	13	11	12	8	10
Multisector	12	14	8	12	11
Otros	19	19	22	17	17
<i>Total</i>	100	100	100	100	100

Fuente: Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

FIGURA 6. Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud para América Latina y el Caribe, según fuente de cooperación, 2002–2004.

Total AODS = US\$ 402,5 millones

Fuente: Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

Las **agencias bilaterales** aportaron 75% de toda la ayuda destinada a la salud para América Latina y el Caribe en el período 2002–2004, y los cinco países que aportaron más ayuda en salud fueron: Estados Unidos, Japón, España, Francia y Canadá, en ese orden. De estos países, Francia y Canadá fueron los países que destinaron una mayor proporción de su ayuda para salud y orientaron al menos 10% de toda su ayuda para salud hacia América Latina y el Caribe, como lo indica el cuadro 2. El mayor cooperante en términos absolutos hacia América Latina y el Caribe en temas de salud fue Estados Unidos, que destinó más de US\$ 135 millones.

En el período 2002–2004, las **agencias multilaterales** aportaron 22% de toda la ayuda en salud para América Latina y el

Caribe, y los bancos de desarrollo, que otorgan cooperación financiera reembolsable, aportaron en el mismo período 8% de todos los recursos desembolsados por las agencias multilaterales para salud en la región de América Latina y el Caribe. La asistencia del grupo del *Banco Mundial* hacia América Latina y el Caribe alcanzó los US\$ 5.338 millones en el ejercicio del 2004 (8), de los cuales US\$ 5.000 millones correspondieron a préstamos del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y US\$ 338 millones, a créditos de la Asociación Internacional de Fomento (AIF). Para junio de 2004, la cartera de proyectos bajo ejecución en América Latina y el Caribe alcanzaba la cifra de US\$ 19.300 millones. Durante el ejercicio fiscal 2003, el Banco

CUADRO 2. La ayuda en salud para América Latina y el Caribe según origen, 2002–2004.

Donantes	Ayuda en salud (US\$ millones)	Porcentaje del total de la ayuda en salud	Ayuda brindada a todos los sectores (US\$ millones)
Estados Unidos	135,2	33,6	1776,0
Japón	44,0	10,9	944,
FMSTM	37,2	9,3	37,2
España	34,5	8,6	537,4
UNFPA	33,0	8,2	33,0
Francia	24,7	6,1	243,5
Canadá	13,0	3,2	131,1
Holanda	11,4	2,8	265,8
Alemania	10,5	2,6	737,2
Suiza	9,8	2,4	124,7
Otras fuentes	49,3	12,3	624,2
Todos los donantes	402,6	100	5454,1

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

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Fuente: Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

“En el curso del último decenio, el hecho más importante en el terreno de la salud pública en las Américas ha sido el rápido incremento adquirido por la colaboración internacional en la solución de los problemas sanitarios del Hemisferio, y el constante mejoramiento de la coordinación de actividades de los diversos organismos oficiales participantes en dicha labor.”

Fred Soper, 1958

Mundial canalizó 27% de sus créditos (US\$ 1.570 millones) para dar apoyo a proyectos del sector salud y servicios sociales críticos para los países de América Latina y el Caribe. Los proyectos relacionados con la salud financiados por el Banco Mundial han respaldado las políticas de los países de América Latina y el Caribe para mejorar la salud y la nutrición, así como las políticas en materia de población.

El volumen de préstamos del *Banco Interamericano de Desarrollo* (BID) ascendió a poco más de US\$ 7.000 millones en 2005 (9), cifra que representa un aumento de 17% respecto a 2004. Los desembolsos aumentaron casi 20%, llegando a US\$ 5.338 millones.

El *Banco Centroamericano de Integración Económica* (BCIE) aprobó préstamos durante 2004 y 2005 que alcanzaron la cifra de US\$ 2.446,3 millones y los desembolsos fueron de US\$ 2.432,8 millones (10), lo que representa un cuarto de lo aprobado y desembolsado en toda la historia del Banco, constituyéndose en el principal vehículo de recursos financieros multilaterales para el desarrollo de América Central. Durante 2005 se registraron avances significativos en los tres ejes estratégicos del BCIE: globalización, integración y lucha contra la pobreza (11), el cual aprobó un número importante de créditos en el sector social, incluyendo la salud. Durante los años 2004 y 2005, el BCIE otorgó cooperación financiera no reembolsable por US\$ 13,6 millones para el apoyo a diversos proyectos en los que destaca la rehabilitación, prevención y capacitación para niños quemados de América Central, así como para el fortalecimiento de la integración social.

El monto de operaciones aprobadas en 2005 por la *Corporación Andina de Fomento* (CAF) fue alrededor de US\$ 43.000 millones (12), con desembolsos que superan los US\$ 30.000 millones y una cartera total de préstamos e inversiones de capital de más de US\$ 8.000 millones. Durante sus 35 años de existencia la CAF se ha convertido en la principal fuente de financiamiento multilateral para los países de la Comunidad Andina y en una alternativa importante para las restantes naciones accionistas.

El *Banco de Desarrollo del Caribe* (BDC) aprobó 15 préstamos durante 2005 (13) por US\$ 146 millones y donaciones por US\$ 14 millones para los países miembros de la Comunidad Caribeña. Aproximadamente 12% de todas las operaciones aprobadas por el BDC fueron orientadas hacia salud y el sector de emergencias y mitigación de desastres.

Las instituciones privadas (fundaciones filantrópicas y ONG) aportaron 3% de toda la ayuda en salud para América Latina y el Caribe en el período 2002–2004. De acuerdo con informes independientes de flujos privados de ayuda (10), durante 2005 alrededor de 68.000 fundaciones empresariales, comunitarias o independientes destinaron US\$ 33.600 millones para donaciones en todo el mundo, cifra que supera en 5,5% el volumen movilizado por las mismas fuentes en 2004. América Latina y el Caribe y África son la tercera y cuarta región en recibir fondos de fundaciones filantrópicas, luego de Asia-Pacífico y Europa del Este. En los Estados Unidos, las fundaciones movilizaron US\$ 3.200 millones en 2002, US\$ 3.000 millones en 2003 y US\$ 2.800 millones en 2004.

En 2004, las fundaciones en todo el mundo destinaron aproximadamente US\$ 3.400 millones a proyectos para la salud, lo que significa un incremento anual de 1,3% entre 2001 y 2004. Este incremento se atribuye a la contribución de US\$ 750 millones de la Fundación Bill y Melinda Gates al Fondo de Vacunas de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI, por su sigla en inglés). Durante 2004, la Fundación Bill y Melinda Gates asignó 112 donaciones para salud totalizando US\$ 1.200 millones.

La Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) es una fundación filantrópica de particular relevancia para la Región de las Américas. PAHEF administra subvenciones destinadas a mejorar la salud y promueve premios internacionales que reconocen la excelencia en áreas como los servicios comunitarios, la información científica en salud, la salud pública veterinaria, la salud interamericana y la bioética.

Carga Global de Enfermedad y la Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud

La Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud, tiene como objetivo apoyar a los países en vías de desarrollo a lograr sus objetivos sanitarios y contribuir de esta forma con el desarrollo y bienestar de su población. Estos objetivos sanitarios están en función de las prioridades sanitarias de cada país, para lo cual suelen usarse indicadores que muestren la situación de salud y señalen los daños que son responsables del deterioro de la salud de la población.

La utilización de medidas de salud que combinan la duración de la vida ponderada en función del estado de salud se ha extendido ampliamente durante los últimos 30 años. Genéricamente, cuando estas medidas tienen un enfoque poblacional, se denominan medidas sintéticas o medidas resumen de salud de las poblaciones. Una de las mediciones más útil es la Carga Global de Enfermedad, un nuevo indicador para estimar y comparar la magnitud de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo en distintas regiones del mundo, mediante la valoración conjunta de sus consecuencias mortales y no mortales, que se denomina Años de Vida Ajustados por Discapacidad. Con base en las prioridades sanitarias de los países es posible analizar la ayuda recibida en salud y su congruencia con esas prioridades.

La OCDE ya señaló la incongruencia entre las prioridades de salud indicadas a través de la carga de enfermedad y la AODS (14). Según el estudio de la Carga Global de Enfermedad (15) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2002 el VIH/sida fue responsable del 2,3% del total de la Carga Global de Enfermedad en América Latina y el Caribe. Sin embargo, 25% de toda la ayuda en salud que recibió América Latina y el Caribe en el período 2002–2004 fue destinado a VIH/sida. De la misma forma, las enfermedades crónicas no transmisibles fueron responsables en el mismo período de 60% del total de la carga de la enfermedad, pero recibieron solamente 36% de la ayuda en salud, como lo muestra la figura 7. Finalmente las lesiones fueron responsables de 16% de la carga de enfermedad, pero recibieron solamente 10% de la ayuda.

En la misma figura 7 se aprecian idénticos análisis para Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua, los cinco primeros países receptores de AODS en la región de América Latina y el Caribe. Estos cinco países han sido elegibles como Países Pobres Muy Endeudados (HIPC, por su sigla en inglés), una iniciativa de alivio de la deuda del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), que beneficia a muchas naciones en todo el mundo.

ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS: NUEVO MODELO DE LA COOPERACIÓN EN SALUD

Mientras que la AOD se canaliza a través de la participación de agencias oficiales de los países contribuyentes y de los países receptores, en los últimos años se han fortalecido también distintas alianzas entre el sector público y privado. Entre 1995 y 2005 se han constituido más de 70 alianzas en salud que han involucrado a múltiples actores de diversa naturaleza y han conseguido importantes logros (16).

El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ha constituido desde su creación en 2002 una de las más importantes fuentes financieras de la ayuda en salud. El Fondo Mundial es una asociación público-privada, cuya junta directiva está formada por representantes de los gobiernos donantes y beneficiarios, de ONG, empresas, fundaciones y de las comunidades afectadas. También participan socios clave del desarrollo internacional, entre ellos la OMS, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Banco Mundial. El Fondo Mundial se creó con el propósito de aumentar radicalmente los recursos para la lucha contra tres de las enfermedades más devastadoras en el mundo y dirigir dichos recursos a las zonas más necesitadas. Como asociación entre los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas, el Fondo Mundial representa un enfoque innovador de la financiación internacional de la salud.

En las cinco rondas de subvenciones convocadas desde 2002 hasta mediados de 2006, el Fondo Mundial ha aprobado 4.900 millones de dólares, bajo la forma de 350 subsidios en 131 países,

con una mayor proporción destinada a África, como muestra la figura 8.

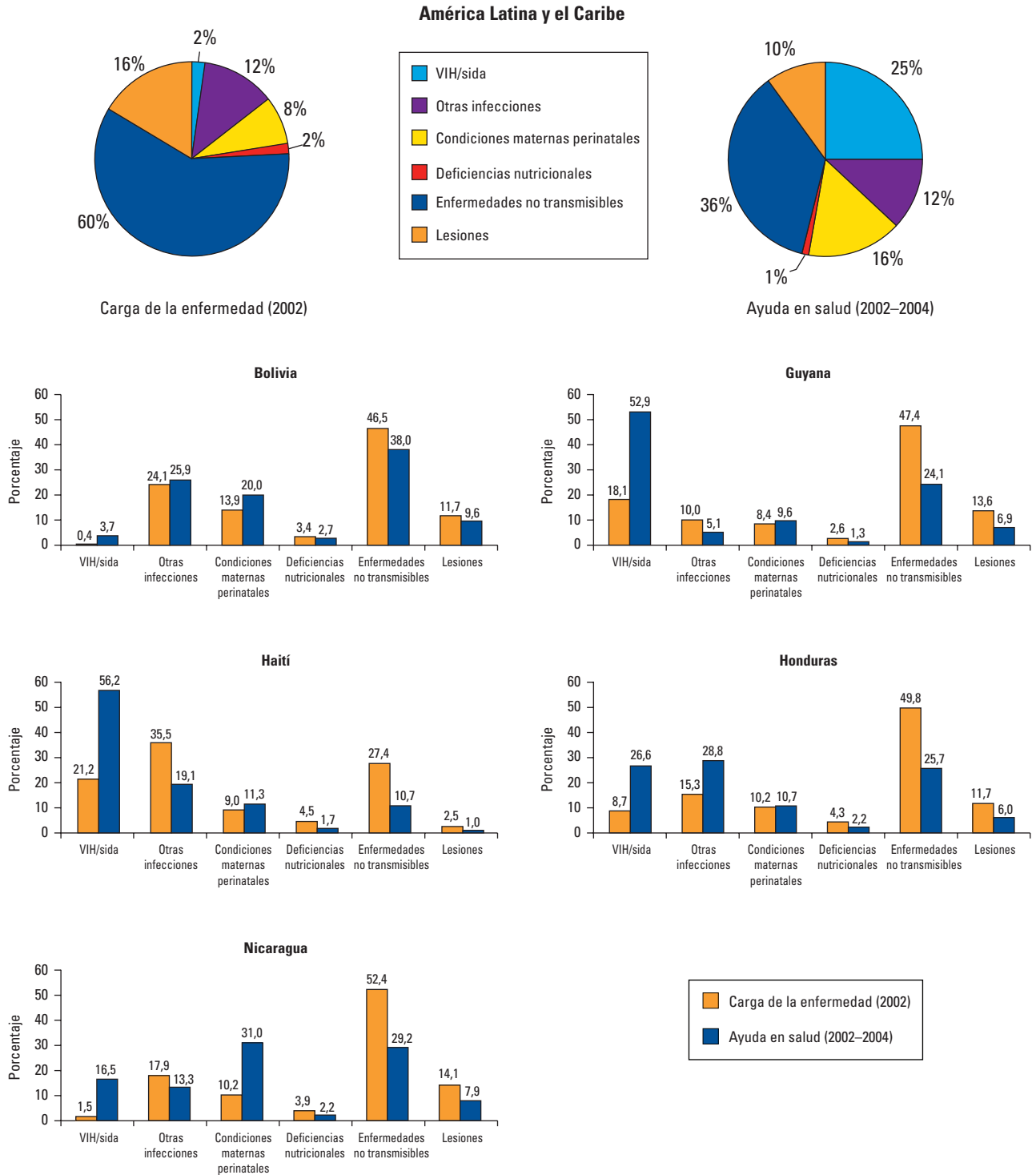
América Latina y el Caribe recibió US\$ 466 millones de todos los recursos aportados por el Fondo Mundial desde su creación, (17). La figura 9 presenta los montos anuales aprobados y entregados para América Latina y el Caribe en todas las rondas de llamados del Fondo Mundial.

El Fondo Mundial es el principal donante para las intervenciones encaminadas a combatir la infección por el VIH/sida en América Latina y el Caribe, con un total de 22 programas que reciben fondos aprobados para un período de 5 años. Esto ha sido importante para el cumplimiento de la meta planteada por los Jefes de Estado en la Cumbre Extraordinaria de las Américas de Monterrey (2004), de que al menos 600.000 personas con VIH/sida en las Américas deberían tener acceso a tratamiento antirretroviral en 2005. A fines de junio de 2005, el número estimado de personas que recibían tratamiento en las Américas era de 622.275. En América Latina y el Caribe se iniciaron 108.415 nuevos tratamientos en el período de 2002 a 2005, y el número de personas bajo tratamiento se incrementó de 196.000 a 304.415. Los resultados de la sexta ronda, dados a conocer en noviembre de 2006, han significado 85 nuevos proyectos en 62 países en todo el mundo, para un total de US\$ 846 millones. Cuatro países de América Latina y el Caribe (Cuba, Guatemala, Paraguay y Perú) recibirán US\$ 48 millones.

La Alianza Global para Vacunas e Inmunización fue formada en 2000 para ayudar a los países más pobres a proveer vacunas a todos sus niños. Esta alianza entre el sector privado y público complementa las fortalezas de múltiples socios en inmunización, como distintos gobiernos, la UNICEF, la OMS/OPS, la Fundación Bill y Melinda Gates, el Banco Mundial, los productores de vacunas, las ONG y los centros de investigación. Al año 2005 GAVI (18) ha recaudado casi US\$ 3.300 millones por concepto de financiación tradicional por parte de gobiernos y donantes privados y ya ha recibido más de 50% de esa suma. A finales de 2005 GAVI había logrado la inmunización de millones de niños que previamente no tenían acceso a vacunas: cerca de 13 millones de niños con la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina; 90 millones de niños contra la hepatitis B; aproximadamente 14 millones de niños contra la bacteria *Haemophilus influenzae* tipo B; aproximadamente 14 millones de niños contra la fiebre amarilla. Se estima que a finales de 2005 se habrían evitado más de 1,7 millones de muertes prematuras gracias al apoyo de GAVI. Algunas de estas muertes habrían tenido lugar durante la infancia, mientras que otras (por ejemplo a causa de la hepatitis B) habrían ocurrido en la edad adulta, durante los años de mayor productividad.

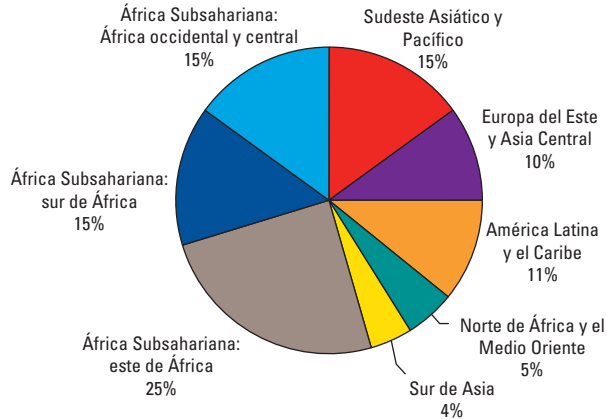
El Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA), por su sigla en inglés) tiene su origen en la decisión tomada en 1987 por la compañía Merck Sharp & Dohme de proveer gratuitamente el medicamento ivermectina a los programas de control de la oncocercosis. El OEPA fue creado en 1991

FIGURA 7. Carga de enfermedad y Ayuda Oficial al Desarrollo en América Latina y el Caribe y en Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua, 2002–2004.



Fuente: Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

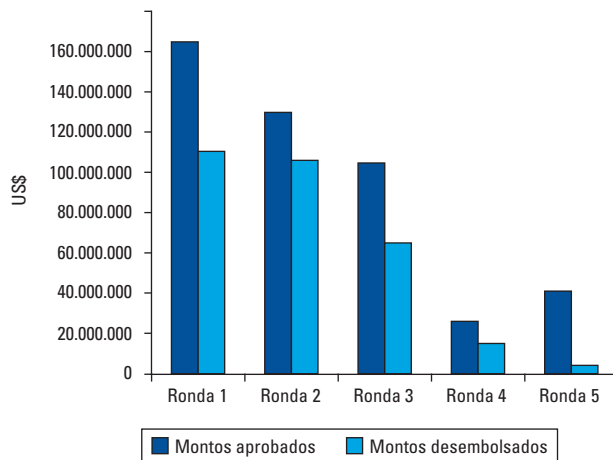
FIGURA 8. Recursos desembolsados por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en las cinco primeras rondas, según regiones, 2004–2006.



Fuente: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Funds committed and disbursed (<http://www.theglobalfund.org>).

como una alianza multinacional de diversas entidades y participan países con oncocercosis endémica, ONG, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), instituciones académicas, agencias de financiamiento y la OPS. El OEPA tiene apoyo de la Fundación Ceguera de los Ríos y del Centro Carter de los Estados Unidos. El OEPA ha generado el apoyo político, económico y técnico necesario para tratar de alcanzar la meta de eliminar de la Región de las Américas toda morbilidad por onco-

FIGURA 9. Montos aprobados y desembolsados por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria hacia países de América Latina y el Caribe, 2002–2006.



Fuente: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Funds committed and disbursed (<http://www.theglobalfund.org>).

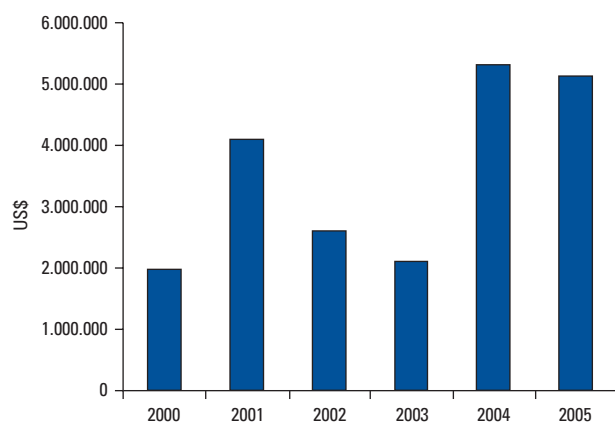
cercosis para 2007 mediante la distribución de ivermectina al público (19). El OEPA tiene como objetivo interrumpir la transmisión de la oncocercosis en seis países donde esta enfermedad es endémica: Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela. Durante 2002, los programas nacionales de esos países proporcionaron 749.182 tratamientos con ivermectina y se lograron coberturas de 65% a 85% en la población afectada.

En el período 2001–2005 los países de las Américas han fortalecido su *cooperación en el área de desastres naturales*, incluso sus Programas Nacionales de Desastres en el sector salud y han establecido mejores relaciones de trabajo con diferentes agencias internacionales como el UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) de las Naciones Unidas; con ONG como la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (FICR), el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), y Médicos Sin Fronteras, y con países donantes, en especial con Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido.

Durante el quinquenio 2000–2005, fueron movilizados US\$ 21.195 millones de diversos donantes para atender necesidades de la Región en el control y mitigación de los efectos de emergencias y desastres en las Américas. Este es el resultado de la consolidación de alianzas y asociaciones efectivas con organismos de cooperación bilateral, multilateral e instituciones privadas. El 85% de esta ayuda provino de agencias bilaterales de cooperación, siendo el Reino Unido el país que aportó mayor cantidad de recursos a través de su agencia oficial de cooperación (Departamento para el Desarrollo Internacional) y en segundo lugar el servicio de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO). Los cinco primeros países en recibir esta ayuda en el mismo período fueron Haití, Colombia, El Salvador, Nicaragua y Guatemala. En América Latina y el Caribe el volumen de ayuda para desastres pasó de US\$ 2 millones en 2000 a más de US\$ 5 millones en 2005, como se desprende de la figura 10.

COOPERACION TÉCNICA ENTRE PAÍSES

Mientras la oferta de cooperación a través de la AOD hacia América Latina y el Caribe tiende a decrecer, los países en desarrollo buscan nuevas formas de cooperación que puedan complementar la AOD, tales como la Cooperación Técnica entre Países (CTP). La CTP es esencialmente un proceso por el cual dos o más países trabajan juntos para lograr el desarrollo de la capacidad individual o colectiva con intercambios cooperativos de conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías. Su principal característica es que permite compartir capacidades especializadas y experiencias exitosas en el área de la salud entre los países en una relación más horizontal, solidaria e integral, que la clásica ayuda oficial al desarrollo que tiende a ser unidireccional. La CTP, llamada también Cooperación Horizontal o Cooperación Sur-Sur, nace como una iniciativa para complementar la AOD y para res-

FIGURA 10. Ayuda para control de emergencias y desastres en América Latina y el Caribe, 2000–2005.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en caso de Desastres.

ponder al fenómeno de reducción de la oferta de cooperación por parte de los donantes habituales, quienes debido a las presiones mundiales de los cambios económicos y a los fenómenos políticos imperantes han cambiado sus prioridades de atención tanto en relación a regiones geográficas a cubrir, como a temas a abordar.

A diferencia de la AOD, cuyo movimiento es monitorizado por la OCDE a través de una detallada base de datos, la CTP no tiene una fuente única de datos de información consolidada y estandarizada.

En particular, entre 1998 y 2003, en la OPS se han aprobado 175 proyectos de CTP de los cuales 51 (29%) correspondieron al bienio 1998–1999, 56 (32%) al bienio 2000–2001 y 68 (39%) al bienio 2002–2003 (20). Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nica-

ragua (los países elegibles dentro de la iniciativa HIPC) participan activamente en proyectos de CTP auspiciados por la OPS. En el último bienio, de un total de 44 proyectos aprobados, 18 (41%) correspondían a alguno de estos cinco países.

Durante el período 1998–2003, las subregiones del Área Andina y de Centroamérica, recibieron más de 50% de recursos disponibles para CTP de la OPS, lo cual ha permitido un activo intercambio de experiencias y capacidades entre países de estas subregiones en temas como control de enfermedades y gestión de riesgos, salud ambiental, salud familiar y comunitaria, servicios de salud, acción intersectorial, emergencias y ayuda humanitaria (21).

ARMONIZACIÓN, ALINEAMIENTO Y COORDINACIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD

Uno de los más importantes desafíos de la cooperación internacional en salud en la Región de las Américas es la necesidad de su armonización, alineamiento y coordinación.

En febrero de 2003, los principales bancos multilaterales de desarrollo, las organizaciones internacionales y bilaterales, y los representantes de los países beneficiarios se reunieron en Roma, Italia, en ocasión del Primer Foro de Alto Nivel sobre Armonización. En marzo de 2005, la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo, aprobada por los delegados que asistieron al Segundo Foro de Alto Nivel, introdujo un cambio en el programa sobre la eficacia de la ayuda, de modo que el consenso general alcanzado en Roma avanzó hacia compromisos más concretos para aumentar los esfuerzos en materia de armonización, alineación y gestión, y estableció mecanismos para la vigilancia del avance (22).

Proyecto CTP ayuda a mejorar las condiciones de salud de residentes del Chaco Sudamericano

El Chaco Sudamericano es una región de clima inhóspito, que se extiende en partes de Argentina, Bolivia y Paraguay. En su territorio se ubican diferentes grupos étnicos originarios, cuyos derechos a la salud y un adecuado estándar de vida han sido largamente olvidados. Los pueblos originarios del Chaco Sudamericano han unido sus esfuerzos para avanzar por los senderos del desarrollo desde la perspectiva de la salud como principal eje integrador.

La Confederación de Pueblos Indígenas del Chaco Sudamericano (COPICHAS), con el acompañamiento de la OPS/OMS, ejecutó entre 2000 y 2003 un proyecto cuyo propósito ha sido desarrollar y fortalecer las capacidades institucionales de dicha organización para la puesta en práctica de estrategias de trabajo conjunto en los territorios chaqueños de Argentina, Bolivia y Paraguay. Los principales componentes abordados fueron: el fortalecimiento de las comunicaciones entre los diferentes pueblos indígenas del Chaco; la capacitación de líderes locales en la gerencia de proyectos sociales; y el fortalecimiento de las capacidades de análisis de situación de salud y condiciones de vida.

Los resultados alcanzados incluyen el proceso de creación de una infraestructura organizacional para continuar un esfuerzo de cooperación más sostenido con COPICHAS y con otras organizaciones indígenas.

La Declaración de Roma (23) expresó el compromiso de sus firmantes para asegurar que los esfuerzos de armonización estén adaptados al contexto de los países receptores y que la asistencia al desarrollo esté alineada con las prioridades del país socio receptor y siga los principios de buenas prácticas acordados por la comunidad internacional en esta reunión.

En 2005, los participantes de este Foro de Alto Nivel se reunieron nuevamente para evaluar los avances en el tema. Además de los representantes de todas las agencias de cooperación bilateral y multilateral que trabajan en la Región de las Américas, participaron representantes de Bolivia, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica y Nicaragua.

Como nuevas modalidades de la cooperación técnica, el alineamiento y la armonización son una clara tendencia de la ayuda; se entiende por armonización los esfuerzos de los donantes por coordinar sus actividades entre ellos; alineamiento es la coordinación de las prioridades del donante con las prioridades del país receptor, anteponiendo las prioridades de este último. El principal objetivo del alineamiento y armonización de la ayuda es incrementar el liderazgo y apropiación de los objetivos de la ayuda por parte de los países receptores, evitando además la duplicación de acciones y de estructuras para la entrega de la ayuda y el monitoreo de la misma. Como es previsible, esto no solo incrementa el costo de transacción de la ayuda, sino que además genera una carga más para el país receptor.

Esta agenda de armonización y alineamiento incluye a todos los tipos y modalidades de ayuda, siendo uno de los objetivos hacer que una mayor proporción de la ayuda sea entregada a través de modalidades que promuevan enfoques programáticos como el apoyo presupuestal y el Enfoque Sectorial Ampliado (SWAP, por su sigla en inglés), en el que todos los fondos significativos hacia un sector apoyan una sola política y programa de gasto, y el gobierno es el único ejecutor y distribuidor de los recursos.

En las Américas, iniciativas como la Estrategia de Reducción de la Pobreza y los SWAP, enmarcadas en este proceso de alineamiento y armonización de la ayuda, comienzan a discutirse con mayor intensidad. Una evaluación realizada en 2001 sobre el apoyo presupuestal como modalidad de desembolso de la ayuda (24), mostró que se constataron resultados claramente positivos en cinco de los de siete países considerados en el estudio (Burkina Faso, Malawi, Mozambique, Nicaragua, Ruanda, Vietnam y Uganda).

En la Región, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua y la República Dominicana han desarrollado acciones sobre “armonización y alineamiento de la cooperación” (25), que han sido consideradas dentro del monitoreo del Banco Mundial. En tal sentido es necesario destacar que estos procesos ya se han iniciado en América Latina y el Caribe pero aún en forma limitada en el sector salud.

En esta misma tendencia, el proceso de reforma de las Naciones Unidas es una iniciativa que busca mejorar la efectividad y eficiencia del trabajo de sus diferentes agencias en su trabajo en países en vías de desarrollo. El Grupo de las Naciones Unidas para el

“Las organizaciones internacionales necesitan aceptar que se requieren cambios fundamentales. La posibilidad de hacer realidad esos cambios está en camino, e incluye la implementación de nuevas iniciativas en la década de los noventa. Estas iniciativas alientan la cooperación subregional entre grupos de países y la relación más estrecha entre las prioridades nacionales y las iniciativas de cooperación técnica. También promueven el reconocimiento del inmenso potencial de los recursos nacionales, apoyan la descentralización y la regionalización de los sistemas nacionales de salud y favorecen la concentración de esfuerzos en las áreas de más crítica necesidad. Además, también estamos impulsando que se reconozca el impacto que las decisiones políticas tienen sobre las actividades relacionadas con la salud, la aplicación de los principios de la ‘salud para todos’ y la estrategia de atención primaria, la integración de la salud a los procesos socioeconómicos y la mejor aplicación de la ciencia y la tecnología para satisfacer las necesidades de los pueblos.”

Carlyle Guerra de Macedo, 1990

Desarrollo (UNDG) tiene dos herramientas que están siendo usadas para alcanzar sus metas en este proceso de reforma: La Evaluación Común de País (CCA por su sigla en inglés) y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF por su sigla en inglés). Ambas herramientas buscan mejorar la coordinación del trabajo interagencial en países en vías de desarrollo, lo cual representa una gran oportunidad para promover una acción intersectorial en las Américas.

PERSPECTIVAS DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN LAS AMÉRICAS

El reto más importante para América Latina y el Caribe en relación a la AOD es, como mínimo, mantener la proporción de esta ayuda destinada a salud para las Américas, considerando la prioridad que tienen otras regiones del mundo en estos momentos.

Por un lado, son cada vez menos los países latinoamericanos y del Caribe elegibles para recibir ayuda de tipo oficial bilateral de países donantes, dada la evolución de indicadores de pobreza y bienestar usados por estos países, lo cual contrasta con las grandes brechas e inequidades que aún persisten en esta región. Por otro lado, existe la urgente necesidad de mejorar la efectividad en el uso de los recursos de la AOD, alineándola a los intereses y prioridades de los países y mejorando la coordinación de las acciones de las diferentes agencias bilaterales y multilaterales que trabajan en salud en los países de América Latina y el Caribe.

Sin duda, uno de los más importantes desafíos que enfrenta la Región es la ejecución de la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017, la que ha sido establecida de manera conjunta por los gobiernos de los países de las Américas, para orientar la acción

colectiva de los socios nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos a lo largo de ese decenio.

La CTP se constituye como una opción frente al escenario probable de reducción de recursos de ayuda financiera para la Región. Los países de las Américas han desarrollado capacidades y habilidades que pueden ser complementarias para el logro de los objetivos sanitarios y de desarrollo de los países de América Latina y el Caribe. No obstante, es preciso enfatizar la visión de largo plazo que es necesario imprimir en estos proyectos. El intercambio que se establece vía CTP debe verse como el primer paso de un proceso de mayor duración y sostenible, lo cual requiere financiamiento y tiempo adicional. Por lo tanto, sería necesario establecer mecanismos que ayuden a los países a definir claramente los resultados esperados de la CTP teniendo en cuenta el impacto de largo plazo, incluyendo metodologías y procedimientos para el monitoreo y evaluación de los mismos.

En particular, las Américas han acumulado importante experiencia en el manejo de desastres, y la cooperación internacional ha sido fundamental para fortalecer los sistemas de mitigación, preparativos y respuesta a desastres. La Región ha sabido compartir esta experiencia y capacidad con otras regiones del mundo, superando las barreras geográficas y gestando un círculo virtuoso de colaboración global en materia de desastres. En desastres naturales como el sismo destructor en Bam, Irán, en 2003, el devastador maremoto del Océano Índico de 2004, y el sismo de gran magnitud que afectó a Pakistán y la India en 2005, hubo una valiosa y solidaria participación de expertos de diferentes países de las Américas, lo que constituye un valioso modelo de cooperación internacional.

LA SALUD Y LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN EN LAS AMÉRICAS

En el mundo actual conviven dos procesos simultáneos y complementarios: la globalización y la integración regional. Por un lado, la globalización estimula la interdependencia al colocar a los países en una arena única donde es necesario competir por mercados y capitales y, por otro lado, la regionalización busca constituir bloques de integración entre países con historia, cultura y, en algunos casos, fronteras comunes, a fin de tener mejores oportunidades y opciones de desarrollo en este contexto globalizador.

En las Américas, los procesos de integración regional ha tenido básicamente motivaciones políticas y económicas donde los países han tratado de preservar su autonomía e identidad y, a la vez, insertarse en un ambiente globalizado estimulante pero también hostil y competitivo. Estos procesos de integración regional en las Américas han tenido dinámicas propias de desarrollo, con períodos de estancamiento y de desarrollo, donde los temas co-

merciales han recibido atención prioritaria. Sin embargo, todos estos procesos han generado un espacio relevante para el avance de los temas sociales y de aquellos vinculados a la salud.

La integración en el Cono Sur

Los países del Cono Sur de América del Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) participan en diversos bloques de integración subregional simultáneamente, o por áreas de cooperación, y han desarrollado alianzas subregionales en salud, que coinciden en algunos casos con los sistemas de integración económica.

El Cono Sur es una subregión heterogénea en términos sociales, económicos, demográficos, epidemiológicos, de situación de salud y respuesta del sistema, tanto entre los países como al interior de los mismos. El mayor volumen de población se concentra en Brasil (más de 186 millones de habitantes) y el menor en Uruguay (más de 3 millones de habitantes). La densidad de población es más alta en Brasil (21,8%) y Uruguay (19,6%) y más baja en Paraguay (15,1%) y especialmente en Argentina (13,9%). El análisis de la estructura de la población advierte que la razón de dependencia más alta en el Cono Sur ocurre en Paraguay (70,5%) debido a una mayor población joven, y en Uruguay (60%) como resultado de un aumento progresivo de la población de la tercera edad. Todos los países de la subregión mantienen un patrón poblacional predominantemente urbano, con la única excepción de Paraguay. En términos demográficos, Argentina (26,4%) y Uruguay (24,3%), fueron en 2005 dos de los cuatro países de las Américas (junto a Cuba y Chile) con más bajos porcentajes de menores de 15 años (26).

El Cono Sur acoge una moderada cantidad de población indígena. En Brasil 52,2% de la población indígena habita en áreas urbanas, y en Paraguay solamente 8,4% de la población indígena habita en áreas urbanas. En el Cono Sur existen marcadas diferencias entre los promedios nacionales de ingreso per cápita, así como en la razón de ingreso 20% superior sobre el 20% inferior (26).

El **MERCOSUR** es el principal proceso de integración regional en el que participan como miembros plenos o asociados los países del Cono Sur. Los países también integran la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR); Brasil participa en la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica, y Chile participa en el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue.

El MERCOSUR es la Unión Aduanera (libre comercio intrazona y política comercial común) entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Hasta el momento, los Estados Asociados que se han ido incorporando al MERCOSUR son: Chile (1996); Bolivia (1997); Perú (2003); y Colombia, Ecuador y Venezuela (2004); este último firmó su adhesión plena en 2006.

El MERCOSUR tiene tres órganos decisivos: (i) el Consejo del Mercado Común (CMC); (ii) el Grupo Mercado Común (GMC), y (iii) la Comisión de Comercio del MERCOSUR (CCM) como ór-

gano técnico. A los efectos de la coordinación de las políticas macroeconómicas y sectoriales se han creado 15 Subgrupos de Trabajo (SGT), entre otros el de Medio Ambiente, Agricultura, Asuntos Laborales, Empleo y Seguridad Social y Salud. Además, el MERCOSUR cuenta con otros Órganos Consultivos: la Comisión Parlamentaria Conjunta (CPC), el Foro Consultivo Económico Social (FCES) y la Comisión de Representantes Permanentes del MERCOSUR (CRPM). La Secretaría del MERCOSUR tiene sede permanente en la ciudad de Montevideo, Uruguay.

Las Reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR (RMS) se ocupan de la armonización de las políticas de salud, mientras que el SGT No 11 (Salud) trabaja sobre la armonización normativa. En el proceso de integración del MERCOSUR, los desafíos en salud están vinculados a dar continuidad a los esfuerzos de armonización de la normativa que permita la libre circulación de productos para la salud. Destacan las necesidades de mejorar el desempeño institucional de las autoridades regulatorias y el proceso de armonización de normativas. Dentro de ellas, se identifican los aspectos vinculados a las buenas prácticas de fabricación y control en farmacéutica y farmoquímica, en sangre y hemoderivados, en productos médicos, en productos domisanitarios (productos químicos de uso doméstico), en sistemas de información y análisis de información epidemiológica, evaluación de tecnologías, entre otras. De acuerdo con la agenda del MERCOSUR, el énfasis de la integración subregional y la cooperación se identifican en: acceso a comunicación oportuna; donación y trasplante de órganos, tejidos y células; adopción e implementación del Reglamento Sanitario Internacional; sistema de vigilancia en salud: dengue y otras enfermedades; fortalecimiento de la situación de salud de las poblaciones fronterizas; política integrada para la epidemia de VIH e ITS; salud sexual y reproductiva; política integrada para el control del tabaquismo; vigilancia de desastres naturales y accidentes con productos peligrosos; política de salud ambiental y del trabajador; investigación en salud pública; equidad en el acceso al conocimiento como un bien público regional en salud en el MERCOSUR.

La integración en el Área Andina

La subregión Andina está constituida por Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Colombia es el país con mayor cantidad de población (41.242.948 habitantes) y Bolivia es el país con menor población (9.182.000 habitantes). La densidad de población más alta es en Ecuador y la más baja es en Bolivia. El análisis de la estructura de la población indica que Bolivia tiene la razón de dependencia más alta de la subregión, a expensas de una mayor población infantil y un aumento progresivo de la población de adultos mayores.

Bolivia y Ecuador mantienen un patrón de población mayormente rural, seguidos de Perú. Debe considerarse precisamente que en estos países existe una importante población indígena, la que comúnmente reside en el área rural dispersa.

“No debemos olvidar, a causa del aumento del pluralismo en el Estado-nación, que el Estado tiene ciertas responsabilidades que no pueden evitarse ni delegarse. Aunque las fronteras de los Estados-nación se están volviendo cada vez más porosas, lo cual permite la difusión de propagandas que crean ciertos riesgos para la salud, el Estado debe cumplir su deber de contrarrestar esos riesgos. A pesar de que la colaboración en la protección y promoción de la salud en el contexto mundial y regional siempre será importante, el Estado sigue teniendo ciertas responsabilidades básicas. El tipo de gobierno mundial que se arroga las responsabilidades básicas del Estado en lo que concierne a la promoción de la salud y la lucha contra ciertos riesgos para la salud es una transición que es improbable que lleguemos a ver.”

George A.O. Alleyne, 2002

Las migraciones internacionales constituyen una de las realidades más complejas y desafiantes en los países de la subregión, ya que los patrones de origen y destino cambian constantemente; sin embargo existen flujos interregionales e intrarregionales más o menos caracterizados. En general prima el patrón migratorio laboral, vinculado a las profundas asimetrías económicas entre estos países. Otra causa importante de migración es el desplazamiento de poblaciones debido a la violencia política y conflictos bélicos internos, como es el caso de Colombia. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) estima entre 2 y 3,3 millones el número de personas desplazadas internamente en los países de la subregión Andina, muchos de los cuales buscan refugio en otros países de la subregión.

El proceso de integración en la subregión comenzó en 1969 y culminó con la creación formal de la **Comunidad Andina de Naciones (CAN)** en 1996, cuya Secretaría General tiene sede permanente en Lima, Perú. La CAN está conformada actualmente por Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Son miembros asociados Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

El proceso de integración político comercial de la CAN tiene su equivalente en el sector salud, con las Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) suscritas al Convenio Hipólito Unanue sobre Cooperación en Salud de los Países del Área Andina. Este Convenio, que fue designado en 2001 con el nombre de Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), tiene como objetivo coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual o colectivamente, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos. Coordina y promueve acciones destinadas a mejorar el nivel de salud de sus países miembros, dando prioridad a los mecanismos de cooperación que impulsan el desarrollo de sistemas y metodologías subregionales. En ese sentido, coordina con otros órganos subregio-

“Si bien las enfermedades nuevas y reemergentes representan una amenaza, hay también otras preocupaciones. Los desastres naturales, los accidentes químicos y nucleares, el cambio climático y sus consecuencias y el bioterrorismo pueden afectar la seguridad de la salud pública internacional. Sin embargo, las mismas fuerzas de la globalización que permiten que los patógenos se muevan libremente en el mundo, pueden usarse para construir alianzas multinacionales para ayudar a expandir el acceso a las medicinas y las vacunas, a mejorar la infraestructura de la salud pública en los países en desarrollo y a iniciar mejores programas de educación de recursos humanos en salud pública en todo el mundo.”

Mirta Roses, 2007

nales, regionales e internacionales las acciones que concurren a ese fin. El órgano Directivo del ORAS-CONHU es la REMSAA.

En el marco de la REMSAA han habido avances en materia de acceso a medicamentos, y la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos desarrolló un plan de trabajo para dar continuidad al proceso de negociación conjunta de medicamentos contra el VIH/sida.

En relación a la salud en las fronteras, el ORAS-CONHU está implementando el Proyecto PAMAFRO (Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina), con recursos del FMSTM y la cooperación técnica y logística de la OPS/OMS, resultado de una iniciativa de los Ministros de Salud del Área Andina y de los esfuerzos integrados de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (27). Su objetivo es reducir la malaria en las zonas de mayor incidencia en la subregión.

La malaria y el dengue continúan siendo importantes problemas de salud pública en todos los países de la subregión Andina, con la excepción de Chile. A la magnitud del problema, en el caso de la malaria se suma la resistencia del *Plasmodium falciparum* a la cloroquina y otras drogas antimaláricas. En el caso del dengue, circulan en la subregión los cuatro serotipos del virus, y en los últimos años se han producido brotes de dengue hemorrágico. Si bien la rabia humana transmitida por los perros está en fase de eliminación, se vienen presentando brotes de rabia silvestre transmitida por vampiros en la región amazónica, que afectan principalmente a las comunidades nativas de la Amazonía. La epidemia de VIH/sida está aún concentrada en grupos de alto riesgo. La prevalencia en adultos de 15 a 49 años de edad es de 0,5%, mientras que en hombres que tienen sexo con hombres esta sobrepasa 10%, aunque existe una amplia variabilidad dependiendo de la ciudad y el grupo de población que se estudie. La principal vía de transmisión es la sexual, aunque en Chile la transmisión parenteral entre usuarios de drogas inyectables es también una importante forma de transmisión. El mayor inter-

cambio comercial y los tratados de libre comercio revelan la necesidad de contar con normas fito y zoonosanitarias en la legislación sobre alimentos, así como de establecer redes de laboratorio para el análisis y certificación de calidad de los alimentos de consumo interno y de exportación.

La integración en Centroamérica

La subregión centroamericana incluye Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana, y acoge alrededor de 50 millones de habitantes. Desde un enfoque multicultural, Guatemala identifica a 48% de su población como indígena y/u originaria, Belice 19%, Panamá 10%, Nicaragua 8%, Honduras 7%, Costa Rica 2%, y en el caso de El Salvador fue estimada en 11% en 2006 (26). Según un informe del PNUD, en total la población indígena en la región es aproximadamente 6.100.000 personas (12% de la población total de Centroamérica y la República Dominicana) (28). Según la misma fuente, en 2001 se registraba un total de 506.753 inmigrantes en todos los países del Istmo Centroamericano. Cerca de 70% provienen de los propios países de la subregión. De ellos, 59% se encuentran en Costa Rica, 16% en Panamá y el resto en otros países.

Hacia 1990 el total de emigrantes centroamericanos se aproximaba a 1.300.000 personas teniendo como principal país de destino los Estados Unidos de América. En 2000, la cifra se aproximaba a 1.800.000.

En la subregión existen importantes brechas de capacidades y oportunidades entre ricos y pobres. En El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, el 20% más rico de la población tiene un ingreso entre 20 y 25 veces mayor que el 20% más pobre. En Costa Rica y la República Dominicana el 20% más rico de la población tiene entre 10 y 12 veces un ingreso mayor que el 20% más pobre. Nicaragua es el país menos desigual por condición de ingreso, lo que constituye una potencialidad para revertir los indicadores de salud y desarrollo (26).

Todos los países conforman a su vez el **Sistema de la Integración Centroamericana (SICA)**, del que la República Dominicana es estado asociado y el resto de los países son estados miembros. Los países centroamericanos desde hace más de 40 años han estado inmersos en procesos de integración, y alcanzaron importantes avances en la década de los noventa. El Protocolo de Tegucigalpa en 1991 crea y pone en práctica una nueva estructura institucional, cuya principal instancia es el SICA y establece una plataforma programática básica denominada Alianza para el Desarrollo Sostenible (ALIDES).

La Secretaría General del SICA (SG-SICA) tiene su sede permanente en San Salvador, El Salvador, y algunos órganos pertenecientes al sistema tienen sede en otros países: el Parlamento Centroamericano (PARLACEN) en la Ciudad de Guatemala y la Corte Centroamericana de Justicia en Managua, Nicaragua. El órgano supremo del SICA es la Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno

de los países que lo conforman. Otras instancias institucionales son el Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores y los Consejos Ministeriales Sectoriales —entre los que se ubica el Consejo de Ministros de Salud (COMISCA). Además el SICA cuenta con instancias intersectoriales, como la Reunión de Ministros de Agricultura, Ambiente y Salud. El SICA cuenta con un Comité Consultivo (CC-SICA) y con una Secretaría de la Integración Social (SISCA) a nivel técnico sectorial. También son parte de su estructura institucional: el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), el Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA), el Comité Coordinador Regional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento (CAPRE) y el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), entre otros.

Desde 1956 se realizó la Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá (REMCAP). A partir de 1985, dichas reuniones pasaron a denominarse RESSCAD, por involucrar otras instituciones participantes del sector salud, como las de seguridad social y de agua y saneamiento. En 2000 se incorporó como miembro con plenos deberes y derechos la República Dominicana, que venía participando como miembro observador desde 1988. Las OPS tiene a su cargo el Secretariado técnico de la RESSCAD, según lo establecido por el artículo 3 del Reglamento de la RESSCAD aprobado en la XVI RESSCAD, celebrada en 2000.

Existen otras instancias de integración relacionadas con la agenda social: el Banco Centroamericano de Integración Económica; el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP); el Instituto Centroamericano de Investigación y Tecnología Industrial (ICAITI); el Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPRENAC); la Comisión Regional de Recursos Hidráulicos (CRRH), y la Comisión Centroamericana Permanente para la Erradicación de la Producción, Tráfico, Consumo y Uso Ilícitos de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (CCP).

Además existen las Secretarías *ad hoc* intergubernamentales tales como: el Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (COCISS); el Consejo de Electrificación de América Central (CEAC); el Consejo del Istmo Centroamericano de Deportes y Recreación (CODICADER); el Consejo Centroamericano de Ministros de Vivienda y Asentamientos Humanos (CCVAH); la Comisión de Ciencia y Tecnología de Centroamérica y Panamá (CTCAP).

La integración en el Caribe

La subregión del Caribe comprende Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago; los territorios de ultramar del Reino Unido: Anguila, Bermuda, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Montserrat, y Turcos y Caicos; los departamentos franceses en las Américas: Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica y los

territorios autónomos de las Antillas Neerlandesas de Bonaire, Curazao, Saba, San Eustaquio y San Martín.

La subregión se compone de pequeñas islas y estados en tierra firme, con superficies que van desde los 13 km² (Saba) a 214.970 km² (Guyana). La cantidad de población oscila entre aproximadamente 1.400 habitantes (Saba) a 2.651.000 (Jamaica). Esta subregión multilingüe, multiétnica y multicultural es muy heterogénea en términos de su desarrollo socioeconómico, sus condiciones de salud, necesidades de salud y recursos.

En lo que refiere a la cooperación técnica, la subregión presenta un complejo panorama. Los países son miembros de varios procesos de integración subregional, algunos de los cuales cuentan incluso con la participación de países latinoamericanos, como la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) y la Asociación de Estados del Caribe (ACS). Además, todos los países independientes mantienen relaciones y acuerdos bilaterales con otros países, algunos con Cuba y otros con instituciones financieras multilaterales, como el Banco Mundial o el FMI. El FMSTM, el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida (PEPFAR), y la Fundación William J. Clinton apoyan proyectos en salud en la subregión. Algunas poderosas ONG, asociaciones profesionales y empresas privadas que operan a nivel subregional y nacional movilizan recursos que muchas veces sobrepasan los del sector público. Las agencias de la ONU y del Sistema Interamericano son también actores de la cooperación en la subregión.

La principal entidad de cooperación subregional es la **Comunidad del Caribe (CARICOM)**, cuyo Secretariado tiene su sede en Georgetown, Guyana. La Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe (OCPC) de la OPS/OMS firmó en 1978 un acuerdo con la CARICOM, y también coopera con la Organización de los Estados del Caribe del Este (OECS) y con la ACS. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), además de ser centros especializados de la OPS/OMS, son parte de las Instituciones Regionales de Salud (RHI) del CARICOM. El Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI), el Consejo de Investigación en Salud del Caribe (CHRC) y el Laboratorio Regional del Caribe para el Análisis de Medicamentos (CRDTL), son también instituciones de salud del sistema de la CARICOM.

En 2005, la OPS/OMS desarrolló la Estrategia de Cooperación con el Caribe Oriental (ECCS) 2006–2009, que define cinco direcciones estratégicas: facilitar que los sistemas de salud brinden acceso equitativo y mejoren la calidad de los servicios; fortalecimiento del liderazgo en salud pública; reducción de la mortalidad prevenible, la morbilidad evitable y la discapacidad en áreas prioritarias; reducción de la vulnerabilidad y amenazas por causas económicas y ambientales; y facilitar el óptimo uso de los acuerdos mundiales, regionales y subregionales para el avance del desarrollo nacional en salud (29).

Los principales desafíos en salud de la subregión se reflejan en las prioridades del marco estratégico de la CARICOM para coo-

peración en salud, Cooperación para la Salud en el Caribe (CCH). El CCH identificó las siguientes prioridades para su segunda fase (1999–2003): desarrollo de sistemas de salud, desarrollo de recursos humanos, salud familiar, alimentación y nutrición, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles, salud mental y salud ambiental. Se reconoció a la promoción de la salud como una estrategia transversal. La Declaración de Nassau de los Jefes de Gobierno del CARICOM (2001) incluyó la ratificación de los compromisos de la segunda fase de la CCH como “el marco de trabajo bajo el cual se deben considerar los planes regionales, subregionales, nacionales e institucionales del sector”. La declaración enfatizó el VIH/sida, las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud mental como prioridades para la acción (30). Una posterior evaluación de la segunda fase de la CCH, solicitada por los Jefes de Gobierno, indicó varios avances y algunas debilidades. La tercera fase, cuyo diseño se está culminando actualmente, va a cubrir el período 2007–2015 y va a abordar las conclusiones de la mencionada evaluación.

La integración en América del Norte

Canadá, Estados Unidos de Norteamérica y México implementaron a partir de enero de 1994 el **Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN)**.

Los países de América del Norte, aunque tienen algunas particularidades semejantes, se diferencian en lo general en términos sociales, económicos, demográficos, epidemiológicos, de situación de salud y respuesta del sistema. Esta área geográfica cuenta con aproximadamente 442 millones de habitantes (49% del total de la población de las Américas) y en los Estados Unidos se concentran poco más de 301 millones de personas. En cada uno de los tres países, gran parte de la población vive en el área urbana; solo el 21% de la población de la región vive en el área rural. México se diferencia de Canadá y Estados Unidos al tener una tasa cruda de natalidad mayor (19,6 por 1.000 habitantes contra 10,1 y 13,9, respectivamente). En promedio, el área presenta una razón de dependencia de 49,9 % siendo la mayor en México con 56% (26).

La subregión de América del Norte está caracterizada por una alta migración y cruces transfronterizos. Tan solo en la frontera de México con Estados Unidos se estima que ocurren aproximadamente 400 millones de cruces transfronterizos al año (31). Por otro lado la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) informó que en 2006, aproximadamente 450.000 personas indocumentadas emigraron de México hacia otros lugares del mundo, la mayoría de ellas hacia Canadá y Estados Unidos (32). De acuerdo con las autoridades migratorias de Estados Unidos, se estima que aproximadamente 11 millones de personas indocumentadas residen en ese país, seis millones provenientes de México (33).

El intercambio comercial entre los tres países miembros del TLCAN se incrementó en los primeros 11 años, pasando de US\$ 297.000 millones en 1993 a US\$ 810.000 millones en 2005. La interdependencia comercial entre los tres países se refleja en el hecho de que Canadá y México se hayan convertido en el primero y segundo, respectivamente, mercados más grandes para Estados Unidos. Por otro lado, en lo que se refiere al intercambio agrícola México ha triplicado sus exportaciones a Estados Unidos pasando de US\$ 3.600 millones en 1993 a US\$ 9.300 millones en 2005 (34).

Simultáneamente a la firma del TLCAN, los países miembros firmaron dos acuerdos colaterales: el Acuerdo de Cooperación Laboral de América del Norte (ACLAN) y el Acuerdo de Cooperación Ambiental de América del Norte (ACAAN). Para la implementación de dichos acuerdos colaterales, los miembros del TLCAN crearon la Comisión para la Cooperación Laboral y la Comisión para la Cooperación Ambiental. Adicionalmente México y Estados Unidos crearon la Comisión de Cooperación Ecológica Fronteriza y el Banco de Desarrollo de América del Norte.

En una de sus más recientes publicaciones, la Comisión para la Cooperación Ambiental analiza los datos disponibles de los Registros de Emisiones y Transferencia de Contaminantes de América del Norte, destacando los informes de las sustancias cancerígenas, los tóxicos del desarrollo y los neurotóxicos. Aunque solo se contó con los datos disponibles para Canadá y Estados Unidos, el informe aborda en particular el impacto de estas sustancias en la salud de la población infantil de América del Norte (35).

El enfoque principal del TLCAN es hacia la integración económica, y algunos aspectos de salud son abordados a través de los acuerdos laborales y de ambiente. La OPS ha prestado cooperación técnica en el área ambiental, a través de la Comisión respectiva, y en la construcción de consenso para el Reglamento Sanitario Internacional, el cual ha sido lanzado en junio de 2007, con una participación destacada de los tres países que conforman el TLC y la asesoría técnica de la OPS/OMS. Adicionalmente, la OPS mantiene una presencia permanente en la frontera mexicano-estadounidense a través de la Oficina de Campo para la Frontera entre México y Estados Unidos de América. Ubicada en El Paso, Texas, la Oficina fue creada en 1942 a solicitud de los Gobiernos de ambos países, y articula e implementa un programa de cooperación técnica de la OPS con los 10 estados fronterizos (Arizona, California, Texas y Nuevo México de Estados Unidos; Baja California, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Tamaulipas y Sonora de México) y los gobiernos locales, con el acompañamiento de ambos niveles federales. El programa de cooperación se centra en la coordinación de esfuerzos para el abordaje binacional de la compleja problemática de salud de la población fronteriza. El programa fundamentalmente contribuye a mejorar el intercambio de la información en salud, la compilación de datos básicos comparativos entre ciudades hermanas, estados fronterizos y de los dos países, la vigilancia y el control de enfermedades transmisibles

como la tuberculosis y el VIH/sida, y más recientemente en el análisis de la situación y determinación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, en particular la diabetes.

Referencias

1. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD Journal on Development. Development Co-operation Report 2005. Vol. 7 No. 1. Paris: OECD; 2006.
2. Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates. Disponible en: <http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
3. Organization for Economic Cooperation and Development. Aid flows top 100 billion in 2005. Disponible en: <http://www.oecd.org>. Acceso el 30 de setiembre 2006.
4. Asamblea General de las Naciones Unidas. Vigésimo quinto período de sesiones. Resolución de la Asamblea General 2626 (XXV) del 24 de octubre de 1970. Estrategia Internacional del Desarrollo para el Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
5. Radelet S. A primer for foreign aid. Working paper No. 92. Washington, DC: Center for Global Development; 2006.
6. Organization for Economic Cooperation and Development. Recent trends in Official Development Assistance to Health. Paris: OECD; 2006. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/1/11/37461859.pdf>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
7. Organization for Economic Cooperation and Development. Aid to health—disbursement—pivot tables. Paris: OECD; 2006. Disponible en: <http://www.oecd.org>.
8. Banco Mundial. Informe Anual 2005. Washington, DC: BM; 2006.
9. Banco Interamericano de Desarrollo. Informe anual 2005. Washington, DC: BID; 2006.
10. Banco Centroamericano de Integración Económica. XLIV Memoria anual de labores 2005. Tegucigalpa: BCIE; 2006.
11. Banco Centroamericano de Integración Económica. Tendencias y perspectivas económicas de Centroamérica. Tegucigalpa: BCIE; 2006.
12. Corporación Andina de Fomento. Informe anual 2005. Caracas: CAF; 2006.
13. Caribbean Development Bank. Annual report 2005. Wildey (Barbados): CDB; 2006.
14. MacKeller L. OECD Development Centre Working paper No. 244. Priorities in global assistance for Health, AIDS and Population (HAP). (DEV/DOC (2005)04). Paris: OECD; 2005.
15. World Health Organization. Health statistics; Burden of disease project [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
16. Bill & Melinda Gates Foundation; McKinsey & Company. Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences. Washington, DC: McKinsey & Company; 2005.
17. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Funds committed and disbursed [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.theglobalfund.org>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
18. GAVI Alliance. A brief description of the GAVI Alliance and Fund [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.gavialliance.org>. Acceso el 3 de setiembre de 2006.
19. World Health Organization. Onchocerciasis Elimination Program for the Americas (OEPA) [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.who.int>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
20. Organización Panamericana de la Salud. 47° Consejo Directivo. Evaluación de la ejecución del presupuesto por programas bienal de la Organización Panamericana de la Salud, 2004–2005. (CD47/10). Washington, DC; setiembre 2006.
21. Organización Panamericana de la Salud. 136ª Sesión del Comité Ejecutivo. La cooperación técnica entre países de la región. (CE136/11). Washington, DC; 2005.
22. Organización Panamericana de la Salud. 40ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Marco de la OPS para la movilización de recursos. (SPP40/4). Washington, DC: OPS; 2006.
23. Banco Mundial. Declaración de Roma sobre armonización. Disponible en: <http://www.worldbank.org/harmonization>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
24. Seco S, Martínez J. An overview of Sector Wide Approaches (SWAPs) in health. Are they appropriate for aid-dependant Latin American countries? London: DFID Health Systems Resource Centre; 2001.
25. Dos Santos J. Harmonization and alignment for achieving greater aid effectiveness. Available information on country level activities [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.aidharmonization.org>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
26. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2006. Washington, DC: OPS; 2006.
27. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unánue. [Información]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org>. Acceso el 23 de agosto de 2006.
28. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Segundo informe sobre desarrollo humano en Centroamérica y Panamá. ASDI; PNUD; 2003.
29. Pan American Health Organization. Eastern Caribbean cooperation strategy. 2006–2009. Office of the Caribbean Program Coordinator; 2005.
30. Caribbean Community Secretariat. Nassau Declaration on Health 2001: the health of the region is the wealth of the region. Nassau: CARICOM; 2001.

31. United States, U.S. Customs and Border Protection. Office of Field Operations Strategic Plan Fiscal Year 2007–2011. Securing America's borders at ports of entry; 2006.
32. International Organization for Migration. Mexico: Facts and Figures. Available at: <http://iom.int/jahia/page484.html>. Acceso el 25 de junio de 2007.
33. Hoefer M, Rytina N, Campbell C. Estimates of the unauthorized immigrant population residing in the United States: January 2005. Population estimates. August 2006. Office of Immigration Statistics. U.S. Department of Homeland Security. Disponible en: www.uscis.gov/graphics/shared/statistics/publications/ILL_PE_2005.pdf.
34. United States, Executive Office of the President, Office of the United States Trade Representative. Trade Facts; marzo 2006.
35. Commission for Environmental Cooperation. Toxic Chemicals and Children's Health in North America: A Call for Efforts to Determine the Sources, Levels of Exposure, and Risks that Industrial Chemicals Pose to Children's Health; May 2006. Disponible en: http://www.cec.org/pubs_docs/documents/index.cfm?varlan=english&ID=1965. Acceso el 17 de julio de 2007.