

## OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

**Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas**

### ALCANCE

Este Objetivo Estratégico se centra en la reducción de la mortalidad y la morbilidad para mejorar la salud durante las etapas clave de la vida, procurando el acceso universal a intervenciones eficaces destinadas a mejorar la salud de la madre, del recién nacido, del niño, de los adolescentes y los jóvenes (adolescentes de 10 a 19 años y jóvenes de 15 a 24 años), del adulto en edad reproductiva y del adulto mayor, aplicando un enfoque que abarque todo el ciclo de vida y que mejore la equidad. El fortalecimiento de las políticas, los sistemas de salud y la atención primaria de salud es fundamental para lograr este Objetivo Estratégico, que contribuye a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio No. 4 (reducción de la mortalidad infantil) y No. 5 (mejorar la salud materna).

### INDICADORES Y METAS

- Proporción de los partos atendidos por personal de salud capacitado en América Latina y el Caribe. Línea de base: 85% en el 2006. Meta: 90% en el 2013.
- Disminución del número de países de la Región que notifican una razón de mortalidad materna superior a 100 por 100.000 nacidos vivos. Línea de base: 10 países en el 2006. Meta: 6 países en el 2013.
- Número de países de ALC con una tasa de mortalidad de menores de 5 años de 32,1 o menos por 1.000 nacidos vivos. Línea de base: 21 países en el 2006. Meta: 26 países en el 2013.
- Número de países de ALC con una tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos superior a 60% (como indicador relacionado al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva). Línea de base: 13 países en el 2006. Meta: 21 países en el 2013.
- Número de países de ALC con una tasa de fecundidad de los adolescentes (definida como el número anual de nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años) de 75,6 o menos por 1.000. Línea de base: 8 países en el 2006. Meta: 13 países en el 2013.
- Número de países de la Región donde 50% o más de la población adulta mayor (mayores de 60 años en ALC y mayores de 65 años en Canadá y Estados Unidos) recibe servicios de salud adaptados a sus necesidades. Línea de base: 9 países en el 2006. Meta: 15 países en el 2013.

### TEMAS Y DESAFÍOS

Aunque las tasas de mortalidad de lactantes y niños pequeños han mejorado en la Región, la situación está empeorando en relación con algunos trastornos (por ejemplo, la incidencia de infecciones de transmisión sexual y la elevada fecundidad de los adolescentes en algunos países) y está estancada en relación con otros (por ejemplo, la mortalidad materna y neonatal). La mayoría de los países no están en situación de alcanzar las metas y los objetivos acordados a nivel internacional en lo que se refiere a la salud de la familia y el niño.

**Mortalidad de menores de 1 año y de menores de 5 años.** La Región de las Américas ha avanzado considerablemente en la reducción de la mortalidad infantil y en niños menores de 5 años). Durante 1990-2005, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años disminuyó 44%. No obstante, sigue habiendo grandes disparidades entre países y dentro de ellos. Por ejemplo, en muchos países de América Latina y el Caribe la alta tasa de mortalidad de recién nacidos no ha mejorado en la medida de lo esperado. Varios países han experimentado una reducción acentuada de la mortalidad de menores de 1 año, pero sin una reducción equivalente de la mortalidad neonatal. En Bolivia, por ejemplo, la tasa de mortalidad de menores de 1 año bajó 29% entre 1989 y 1998, pero la disminución de la mortalidad neonatal fue de sólo 7% en el mismo período.

Cada año nacen casi 12.000.000 de niños en ALC, de los cuales mueren 400.000 antes de cumplir 5 años de edad; de estos, 270.000 mueren antes de cumplir el primer año; y de estos últimos, 180.000 fallecen durante su primer mes de vida. La mortalidad neonatal, definida como la muerte en los 28 primeros días de vida, asciende a 15 por 1.000 nacidos vivos; representa 60% de las defunciones de menores de 1 año y 36% de la mortalidad de menores de 5 años; la mayoría de estas defunciones son prevenibles. Los factores que contribuyen a la alta mortalidad neonatal incluyen la poca visibilidad de las defunciones de recién nacidos y de la salud del recién nacido en el establecimiento de las prioridades nacionales; las desigualdades en el acceso a la atención del parto y a la atención primaria de salud proporcionada por personal capacitado; y la salud materna deficiente, que exacerba en gran medida el riesgo de mortalidad neonatal. Además, las intervenciones dirigidas directamente a los bebés para mejorar los resultados son deficientes o inexistentes.

Las principales causas de mortalidad neonatal en ALC son las infecciones (32%), la asfixia (29%), la prematuridad (24%), las malformaciones congénitas (10%) y otras (7%). Aunque algunas son causas directas, otras, como en la mayoría de los casos de prematuridad/bajo peso al nacer, pueden constituir factores de predisposición. La OPS calcula que aproximadamente 8,7% de los recién nacidos tienen peso bajo al nacer (menos de 2.500 g), lo cual está estrechamente relacionado con una mayor morbilidad neonatal, y se calcula que entre 40% y 80% de los lactantes que mueren en el período neonatal tienen este problema. Otras causas indirectas son los factores socioeconómicos tales como la pobreza, la educación deficiente (especialmente de la madre), la falta de poder de decisión, el acceso limitado a servicios y algunas prácticas tradicionales que son nocivas. Los pobres de las zonas rurales y urbanas, otras comunidades marginadas, los indígenas y los afrodescendientes presentan tasas de mortalidad neonatal desproporcionadamente altas.

Los datos basados en evidencias indican que la primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal y que la atención apropiada en las 24 primeras horas de vida es un factor determinante importante para el futuro del niño. En los países donde la tasa de mortalidad de menores de 1 año no es extremadamente alta, cerca de dos terceras partes de las defunciones de lactantes tienen lugar en el primer mes de vida.<sup>9</sup>

Se necesita una acción colectiva, no sólo por medio de los sistemas y servicios de salud, sino también a nivel familiar, para promover intervenciones eficaces de bajo costo. Algunos ejemplos de estas intervenciones son el fomento de la lactancia materna, la terapia de rehidratación oral y el consumo de micronutrientes, así como la educación sobre la alimentación complementaria. Un importante desafío estriba en reorientar los servicios de salud hacia un modelo de atención que favorezca la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con un enfoque familiar y comunitario y el desarrollo de capacidad de gestión a nivel local.

---

<sup>9</sup> La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del milenio de las Naciones Unidas. 47.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. 58.ª Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de septiembre de 2006. OPS/FCH/CA/07.08.

Muchos organismos nacionales e internacionales (el UNICEF, la Fundación de las Naciones Unidas, la ACDI y el organismo bilateral español AECI), ONGs prominentes y la sociedad civil están trabajando en América Latina en el campo de la salud del niño. Esto plantea un reto en cuanto a la coordinación para evitar la duplicación y aprovechar las sinergias.

### Salud de la población joven

La mayoría de los planes y programas nacionales de salud de los adolescentes y jóvenes no abordan de forma integrada los principales problemas que afectan la salud (violencia, homicidio, accidentes de tránsito, embarazo de adolescentes, infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, abuso de drogas, suicidio, etc.) de una población joven en rápido crecimiento en la Región. Varios de estos programas siguen siendo intervenciones piloto y es preciso ampliarlos aprovechando las lecciones aprendidas de experiencias fructíferas. Esta situación se complica por el hecho de que la salud de los jóvenes, y en particular la salud sexual y reproductiva del adolescente, no es una prioridad en la agenda política de la mayoría de los países de la Región. En muchos países no se aplican políticas y leyes que promuevan el acceso a los servicios de salud de los adolescentes y jóvenes, y los programas nacionales siguen fragmentados. Hay una escasez de recursos humanos capacitados para proveer atención de calidad a esta población, y de sistemas adecuados de información, seguimiento y evaluación.

Aunque en términos generales la mortalidad y la morbilidad son bajas durante la adolescencia, el número total de defunciones de personas entre los 15 y los 29 años de edad en la Región fue de 287.920, según la actualización de la Carga Mundial de Morbilidad correspondiente al año 2004.<sup>10</sup> En este grupo de edad, las principales causas de mortalidad son los traumatismos (63%), las enfermedades no transmisibles (22%) y los trastornos transmisibles, maternos, perinatales y nutricionales (15%). Estas causas afectan a los hombres y mujeres jóvenes de formas distintas: por ejemplo, la distribución de las defunciones por traumatismos, incluida la violencia y los homicidios (43% de las defunciones totales), es de 92% en el caso de los hombres y 8% en el caso de las mujeres; defunciones por accidentes de tránsito (26%; 79% hombres y 21% mujeres), suicidios (11%; 78% hombres y 22% mujeres) y otros traumatismos (20%). El sida representa 47% de las defunciones de la población joven (15 a 29 años) por enfermedades infecciosas y parasitarias en las Américas; de ese porcentaje, 67% corresponde a hombres y 33% a mujeres. En el 2006, 20% de los casos diagnosticados de VIH en la Región correspondieron a la población joven entre 15 y 24 años de edad.<sup>11</sup>

En ALC, se calcula que 18% de los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años, tratándose de embarazos no deseados en 30% a 40% de los casos. La necesidad desatendida de anticonceptivos asciende aproximadamente a 40% de los casos. La probabilidad de que las madres adolescentes (de 10 a 19 años) mueran por causas relacionadas con el embarazo es el doble de la observada en las madres de mayor edad y representa de 30% a 50% de la mortalidad materna en los países con razones de mortalidad materna mayores. El riesgo de morir es cuatro veces mayor en las adolescentes menores de 15 años. Cincuenta por ciento de los abortos con riesgos corresponden a mujeres de 20 a 29 años. Más de cinco países de la Región tienen tasas de fecundidad de los adolescentes de 15 a 19 años de más de 100 por 1.000; 12 países tienen tasas de fecundidad mayores que el promedio regional (76 por 1.000).

La violencia repercute desproporcionadamente en los jóvenes: en los países de ingreso mediano y bajo de ALC, 101,7 por 100.000 hombres y 60,4 por 100.000 mujeres de 15 a 29 años mueren por traumatismos intencionales. El marco conceptual predominante para responder a la violencia

<sup>10</sup> Global Burden of Disease (datos del 2004, actualización del 2008): [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_regional/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html).

<sup>11</sup> Pan American Health Organization, HIV/AIDS database, FCH/AI Project.

juvenil se centra en el castigo y no en enfoques preventivos, ya que consideran a los jóvenes como perpetradores de actos de violencia sin abordar las causas subyacentes.<sup>12</sup>

El abuso de alcohol y drogas y el consumo de tabaco están aumentando entre los adolescentes de la Región y guardan una relación estrecha con el embarazo precoz, las infecciones de transmisión sexual, la infección por el VIH y la violencia.

La repercusión desproporcionada de estos temas en los adolescentes y jóvenes provenientes de sectores de ingresos bajos, de bajo nivel educativo, pertenecientes a poblaciones indígenas, grupos migrantes o minorías étnicas requiere una consideración especial.<sup>13</sup>

Varios actores están trabajando en el campo de la salud de los adolescentes, entre ellos el UNICEF, el FNUAP, el UNIFEM, la AID, muchas ONG importantes (PLAN, Pathfinder, Cruz Roja, Alan Guttmacher) y organizaciones bilaterales (ACDI, OSDI, GTZ, NORAD, CIDE), lo cual plantea un reto para la coordinación de las acciones y la armonización de programas.

**La mortalidad materna.** Algunos países han avanzado en la reducción de la mortalidad materna, mientras que en otros la situación ha empeorado. Subsisten grandes disparidades entre países (mortalidad materna de 630 por 100.000 nacidos vivos en Haití en comparación con 17,3 por 100.000 en Chile) y dentro de los países (en Argentina, la mortalidad materna es de 7 por 100.000 nacidos vivos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero de 150 por 100.000 en la provincia de La Rioja). Son muy pocas las personas que tienen acceso a la atención del parto por personal capacitado en los países más pobres y en los entornos rurales. En algunos países, una proporción mayor de las mujeres (69% en Bolivia y 89% en Haití) no tiene acceso a atención del parto por personal capacitado. En Centroamérica, la atención calificada del parto está al alcance de no más de 55% de las embarazadas, y en Haití está al alcance sólo de 26% de las mujeres de zonas urbanas. La mayor parte de la mortalidad materna se debe a causas prevenibles, como hemorragia (21%), hipertensión provocada por el embarazo (26%), septicemia (8%), parto obstruido y prolongado (12%) y complicaciones relacionadas con abortos (13%). En algunos países no hay servicios obstétricos y neonatales esenciales o, si los hay, son de calidad deficiente o no se utilizan lo suficiente debido a barreras físicas o culturales y a la falta de personal capacitado, especialmente en zonas marginales.

La cobertura del control prenatal (normalmente denominado "un contacto") es de 89,1%; la cobertura de partos atendidos por personal capacitado es de 88,2%. Cinco países con cifras superiores a 90% en lo que se refiere al control prenatal o la atención durante el parto por personal capacitado tienen una razón de mortalidad materna de más de 91,1 por 100.000 nacidos vivos, lo cual pone de manifiesto la existencia de problemas con la calidad de los servicios de salud materna y perinatal.

**Salud y bienestar de las personas de edad.** En el 2006, 9% de la población de América Latina tenía 60 años o más (más de 50 millones de personas) y 7 millones tenían 80 o más años de edad. Mientras que la población general está aumentando en 1,5% anualmente, la población de 60 años o más está creciendo a una tasa anual de 3,5%. Este cambio demográfico significa que, para el 2025, la Región tendrá 100 millones de personas de más de 60 años de edad, lo cual pone de relieve que lograr el envejecimiento activo y saludable será uno de los mayores retos que deberá afrontar la sociedad de América Latina y el Caribe durante el siglo XXI. La

---

<sup>12</sup> "Políticas públicas y marcos legales para la prevención de la violencia relacionada con adolescentes y jóvenes. Estado del arte en América Latina 1995-2004" (en español solamente). Organización Panamericana de la salud y Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ).

<sup>13</sup> For the extensive situation analysis, please refer to the Regional Strategy for Improving Adolescent and Youth Health. <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD48-08-e.pdf>.

extensión de la cobertura de atención primaria de salud a las personas de edad y una mayor participación de este grupo en su atención de salud son temas importantes que deben ser abordados por los sistemas de salud.

**Desafíos generales.** La voluntad política para lograr un cambio en relación con este Objetivo Estratégico está decayendo en algunos países de la Región y los recursos son insuficientes. Los grupos más afectados (por ejemplo, las mujeres pobres y los niños en los países en desarrollo) tienen poca influencia sobre los encargados de adoptar las decisiones y a menudo son excluidos de la atención. Es necesario dar poder de decisión a las comunidades para mejorar las decisiones y la acción locales. Asimismo, algunos problemas son delicados desde el punto de vista político y cultural y complican la obtención del consenso necesario para mejorar la salud pública. Además, las iniciativas para mejorar la calidad de la atención de salud y aumentar la cobertura son insuficientes. Las prioridades de salud en pugna entre organizaciones, los enfoques programáticos verticales y la falta de coordinación entre los gobiernos y los organismos de desarrollo dan lugar a la fragmentación de los programas, a oportunidades desaprovechadas y a un uso ineficiente de los limitados recursos económicos. Una mejor coordinación entre distintos colaboradores y la armonización con los organismos de las Naciones Unidas son factores importantes para alcanzar este Objetivo Estratégico. Asimismo, se deben efectuar intervenciones en un entorno de atención primaria de salud y en un contexto sensible a las características culturales.

En la Región, los conocimientos técnicos y la experiencia de los programas indican que existen intervenciones eficaces y asequibles para la mayoría de los problemas abarcados por este Objetivo Estratégico. Hay acuerdo general en que es necesario alcanzar el acceso universal mediante intervenciones claves. En la resolución CE124.R4 (AIEPI) y la resolución CD47/12 (salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño), el Consejo Directivo de la OPS llegó a un acuerdo sobre la acción necesaria a fin de alcanzar el acceso universal. Con este fin, la adopción de un enfoque que abarque todo el ciclo de vida y que reconozca la influencia de los acontecimientos en los primeros años de vida y de los factores intergeneracionales en los futuros resultados de salud reducirá las disparidades y creará sinergia entre las distintas áreas programáticas, a la vez que representa un apoyo eficaz para lograr el envejecimiento activo y saludable.

En resumen, el reto crucial de este Objetivo Estratégico es ofrecer condiciones propicias para que todas las embarazadas, los lactantes, los niños, los adolescentes y los adultos puedan realizar su potencial humano y lograr su máximo desarrollo físico y cognoscitivo y la mejor calidad de vida.

#### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), centrada en la atención de los niños menores de 5 años, no sólo en cuanto a su estado de salud en general sino teniendo en cuenta también las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos; intensificación de los esfuerzos para ampliar la cobertura de las intervenciones clínicas, domésticas y comunitarias a las poblaciones más vulnerables, incluidos los indígenas, y vinculación de la labor comunitaria con servicios y sistemas de salud.
- Promoción del desarrollo integral del niño, en particular su desarrollo psicosocial y afectivo, la estimulación temprana, la actividad física, prácticas de alimentación saludables, la prevención de maltrato de menores y los trastornos de salud mental, entre otros, por medio de la estrategia de AIEPI a nivel comunitario.
- Ejecución de la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (CD48/8) a fin de garantizar que la población joven reciba servicios de prevención, promoción y

atención de la salud de manera oportuna y eficaz por medio de sistemas sanitarios integrados. La Estrategia brindará apoyo a los Estados Miembros para que establezcan objetivos nacionales en cuanto a salud de los adolescentes y los jóvenes que incorporen intervenciones relacionadas con los principales temas de salud que afectan a la población joven,<sup>14</sup> por medio de estrategias de promoción y prevención.

- Aplicación de la estrategia de *Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos (IMAI)*, que aborda el tema de la salud general del paciente, centrándose en el manejo y la prevención de las enfermedades crónicas, en vez de limitarse al tratamiento de las enfermedades agudas.
- Ejecución de la *Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas* a fin de reducir la carga de enfermedad, la discapacidad innecesaria y la muerte asociadas con el embarazo, el puerperio y el parto; ampliación de la cobertura de las intervenciones clínicas, familiares y comunitarias a las poblaciones más vulnerables, incluidos los indígenas, y vinculación de la acción comunitaria con servicios y sistemas de salud.
- Ejecución de la *Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna* con el propósito de fortalecer la capacidad técnica regional y el entorno político nacional a favor de la reducción de la mortalidad materna.
- Ejecución de la *Estrategia Mundial de la OMS para la Salud Reproductiva*, dirigida a gobiernos, organismos normativos de organizaciones internacionales, asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales y otras instituciones.
- Prestar cooperación técnica a los Estados Miembros para crear sistemas y servicios sanitarios integrales e integrados de calidad para responder a las necesidades de la madre, los recién nacidos, los niños, los adolescentes, los jóvenes y los adultos mayores, haciendo hincapié en la atención primaria de salud, las desigualdades en materia de género y las inequidades crecientes en el ámbito de la salud que conducen a niveles elevados de mortalidad y morbilidad.
- Integración y armonización de programas e intervenciones en un proceso continuo de atención que abarque toda la vida y comprenda el hogar, la comunidad y diferentes niveles de los sistemas y servicios de salud.
- Promoción de intervenciones comunitarias con la participación activa de la comunidad para aumentar la demanda de servicios y apoyar la atención apropiada en el hogar durante toda la vida.
- Mejora de la vigilancia y de los sistemas de seguimiento y evaluación, que incluirán auditorías de todas las defunciones de niños menores de 1 año, la certificación médica de las defunciones, registros apropiados por servicio y unidad geográfica y la disponibilidad de servicios de estadística y epidemiología para facilitar las decisiones.
- Fomento de las alianzas con organismos bilaterales y de las Naciones Unidas para armonizar la acción orientada a ampliar las intervenciones y maximizar el uso de recursos.
- Elaboración de políticas y programas que amplíen los recursos humanos en los campos de la gerontología y la educación geriátrica tanto para las familias como para los proveedores de

---

<sup>14</sup> Ver sección *Temas y Desafíos* de este documento.

servicios de la comunidad a fin de promover el envejecimiento activo y sano y prevenir el deterioro temprano (tanto físico como mental).

## PREMISAS Y RIESGOS

Premisas:

- Que se fortalezcan los sistemas y servicios de salud en general, con el desarrollo y mantenimiento de una infraestructura apropiada, un suministro fiable de medicamentos esenciales y productos básicos, sistemas de referencia que funcionen y una fuerza laboral competente y bien motivada.
- Que se lleven a cabo procesos claves, como una mayor armonización del trabajo de los organismos de las Naciones Unidas a nivel de país y la integración de los temas sanitarios en la planificación nacional y los instrumentos de ejecución.
- Que la voluntad política para llevar a cabo estas actividades se refleje en recursos técnicos y financieros adicionales para avanzar en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Riesgos:

- Las amenazas planteadas por la posibilidad de una pandemia de influenza en la Región, que desviaría recursos financieros y humanos.
- La inestabilidad política, las crisis económicas y los desastres naturales podrían revertir la dirección de algunos indicadores.
- La falta de voluntad política de los organismos donantes y los gobiernos para abordar debidamente las necesidades en materia de salud familiar y comunitaria.
- Debilitamiento del personal de salud debido a las huelgas, la migración, los cambios frecuentes en los cargos políticos y el recambio frecuente de personal capacitado.

## RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

**RPR 4.1 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para formular políticas, planes y estrategias integrales que promuevan el acceso universal a la continuidad de la atención durante todo el ciclo de vida; integrar la prestación de servicios; y fortalecer la coordinación con la sociedad civil y el sector privado, así como las alianzas con organismos de las Naciones Unidas y otros (por ejemplo, organizaciones no gubernamentales).**

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 4.1.1 | Número de países que tienen una política <u>integral de acceso universal a intervenciones eficaces para mejorar la salud de la madre, del recién nacido y del niño</u> | 0                  | 2         | <u>3</u>  | 4         |
| 4.1.2 | Número de países que cuentan con una política de acceso universal a la salud sexual y reproductiva   | 7                  | 11        | <u>13</u> | 16        |
| 4.1.3 | Número de países que tienen una política sobre la promoción del envejecimiento activo y saludable  | 11                 | 15        | <u>17</u> | 18        |

**RPR 4.2 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de fortalecer la capacidad nacional y local para generar nuevas evidencias e intervenciones; y para mejorar los sistemas de vigilancia e información sobre la salud sexual y reproductiva, la salud de la madre, del recién nacido, del niño, del adolescente y del adulto mayor.**

| Ind.  | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 4.2.1 | Número de países que establecen sistemas de información y de vigilancia para el seguimiento de la salud sexual y reproductiva, salud de la madre, del recién nacido y del adolescente, con información desglosada por edad, sexo y grupo étnico | 10                 | 15        | <u>17</u> | 20        |
| 4.2.2 | Número de revisiones sistemáticas de prácticas óptimas, investigación operativa y normas de atención realizadas por la Oficina Sanitaria Panamericana   | 0                  | 5         | <u>7</u>  | 10        |

**RPR 4.3 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para reforzar las medidas encaminadas a asegurar la atención diestra a todas las embarazadas y todos los recién nacidos durante el parto, el puerperio y el período posnatal.**

| Ind.         | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|--------------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| <u>4.3.1</u> | <u>Número de países que adaptan y aplican las normas y las directrices técnicas y de gestión de la OPS/OMS para incrementar la cobertura de la atención especializada en el parto, incluida la atención prenatal, posnatal y del recién nacido</u> | 10                 | 12        | <u>19</u> | <u>23</u> |

**RPR 4.4 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar la salud neonatal.**

| Ind.         | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|--------------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| <u>4.4.1</u> | <u>Número de países con un mínimo de 50% de distritos seleccionados que ejecutan intervenciones para la supervivencia y salud del recién nacido</u> | 4                  | <u>6</u>  | <u>12</u> | 18        |
| 4.4.2        | Número de guías e instrumentos elaborados y difundidos para mejorar la atención y la supervivencia del recién nacido                                | 4                  | 6         | <u>6</u>  | 9         |

**RPR 4.5 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar la salud y el desarrollo del niño, teniendo en cuenta los convenios internacionales.**

| Ind.  | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 4.5.1 | Número de países que han ampliado la <u>cobertura de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia a más de 75% de los distritos considerados como meta</u> | 8                  | 10        | 11        | 13        |
| 4.5.2 | Número de países que aplican el enfoque de Prácticas Familiares Claves de la OMS/OPS a nivel comunitario para fortalecer la atención primaria de salud                            | 9                  | 10        | 11        | 13        |

**RPR 4.6 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la aplicación de políticas y estrategias de salud y desarrollo del adolescente.**

| Ind.  | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 4.6.1 | Número de países con un programa en <u>funcionamiento para el desarrollo de la salud del adolescente y el joven.</u> <sup>15</sup>  | 10                 | 12        | 16        | 17        |
| 4.6.2 | Número de países que aplican un conjunto integral de <u>normas para proporcionar servicios de salud adecuados</u> para adolescentes y jóvenes (Ej. manejo integrado del adolescente y sus necesidades [IMAN]) | 3                  | 10        | 14        | 15        |

**RPR 4.7 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aplicar Estrategias de Salud Reproductiva para mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal, y ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad.**

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 4.7.1 | Número de países que han adoptado <u>estrategias para proporcionar atención integral de la salud reproductiva</u>    | 5                  | 8         | 11        | 15        |
| 4.7.2 | Número de países que han revisado su <u>política de salud pública en relación con la salud sexual y reproductiva</u> | 7                  | 10        | 11        | 12        |

<sup>15</sup> Se considera que un programa es funcional cuando tiene una antigüedad mayor de dos años, un plan de acción a mediano o largo plazo que se haya ejecutado durante el último año, una persona a cargo del programa y un presupuesto asignado

**RPR 4.8 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de intensificar la labor de promoción para que el envejecimiento se considere como un asunto de salud pública y mantener la máxima capacidad funcional durante todo el ciclo de vida.**

| Ind.  | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 4.8.1 | <u>Número de países que han ejecutado programas multisectoriales basados en la comunidad, centrados en fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud para promover el envejecimiento saludable</u> | 5                  | 7         | <u>10</u> | 12        |

## OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

### Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico

#### ALCANCE

Este Objetivo Estratégico está ideado para contribuir a lograr el bienestar humano mediante la reducción al mínimo de los efectos negativos de los desastres y otras crisis respondiendo a las necesidades de salud de las poblaciones vulnerables afectadas por tales eventos. Se centra en fortalecer la capacidad institucional del sector salud en materia de preparativos y reducción de riesgos, al tiempo que se promueve un enfoque integrado, abarcador, multisectorial y multidisciplinario para reducir la repercusión de las amenazas naturales, tecnológicas o producidas por el hombre a la salud pública de la Región.

#### INDICADORES Y METAS

- Mortalidad diaria bruta. Meta: La mortalidad diaria de las poblaciones afectadas por las emergencias graves se mantendrá por debajo de 1 por 10.000 durante la fase de respuesta inicial a una emergencia.
- Acceso a servicios de salud en funcionamiento. Meta: Después de un desastre natural, las redes de servicios de salud afectadas estarán funcionando en el plazo de un mes.

#### TEMAS Y DESAFÍOS

Los países de la Región no están suficientemente preparados para responder a las consecuencias de los desastres. Conseguir que la asistencia internacional complemente la respuesta nacional sigue siendo un desafío. Los planes nacionales contra los desastres siguen centrándose en amenazas individuales en vez de abarcar varias amenazas y ser multinstitucionales.

Los desastres naturales siguen siendo la amenaza más común para los países de América Latina y el Caribe. Independientemente de su frecuencia y gravedad, en términos generales se reconoce que la vulnerabilidad de los países está aumentando como consecuencia de las prácticas de desarrollo poco seguras y el deterioro de la infraestructura existente. Siguiendo el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015, los hospitales seguros serán un indicador del nivel de vulnerabilidad en el sector salud.

Los desastres tecnológicos son, quizás, los factores de riesgo que menos se tienen en cuenta en los países que han alcanzado un determinado nivel de desarrollo industrial. Es poco lo que se ha hecho en cuanto a reglamentación y prevención, y el sector salud está poco preparado para hacer frente a desastres químicos, radiológicos u otros desastres tecnológicos en gran escala. Este riesgo probablemente aumentará con el desarrollo económico de los países y la globalización del comercio.

Los conflictos internos tienen una repercusión directa sobre la salud de la población. A pesar de que la situación en la Región es relativamente estable, se han producido conflictos internos en algunos países. Durante el próximo quinquenio es posible que surjan nuevas crisis.

La amenaza incipiente de una pandemia de influenza en 2005 puso de manifiesto que no se atribuye a las epidemias suficiente importancia en los planes nacionales para casos de desastres.

Pese a los planes recientes, las instituciones de salud todavía están mal preparadas para hacer frente a esta clase de amenazas.

Debido a la proliferación de actores en el ámbito de los preparativos y la respuesta frente a los desastres, la coordinación se dificulta cada vez más y la competencia por los fondos aumenta progresivamente. Los actores principales en el campo de la reducción de las consecuencias de los desastres y la respuesta son: organismos de las Naciones Unidas como la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM); organizaciones regionales y subregionales, como la Organización de los Estados Americanos (OEA), el Centro de Coordinación para la Prevención y Reducción de Desastres Naturales en Centroamérica (CEPRENAC), el Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres (CAPRADE), la Agencia Caribeña de Respuestas de Emergencia ante el Desastre (CDERA por sus siglas en inglés); organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales, como las sociedades nacionales de la Cruz Roja y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, entre otros.

La respuesta nacional frente a las emergencias debe mejorarse en una gama amplia de áreas, incluidas el manejo de heridos en masa; el agua, el saneamiento y la higiene; la nutrición; la respuesta a los accidentes químicos y radiológicos; las enfermedades transmisibles y no transmisibles; la salud de la madre y del recién nacido; la salud mental; las preparaciones farmacéuticas; las tecnologías de salud; la logística; los servicios de información sanitaria; y la restauración de la infraestructura sanitaria.

Los procedimientos de las organizaciones de las Naciones Unidas no son particularmente idóneos para las actividades de respuesta operativa sobre el terreno.

#### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Velar por la coordinación, eficacia y eficiencia de las actividades en cuanto a los preparativos, la respuesta y la recuperación con relación a la acción sanitaria en las crisis: la OPS/OMS será el líder del grupo integrado de salud de las Naciones Unidas para el continente americano cuando se requiera; esto se hará como parte de la participación de la OPS/OMS en el Proceso de Reforma Humanitaria de las Naciones Unidas.
- Establecer los preparativos y fortalecer la capacidad nacional de gestionar los riesgos y reducir la vulnerabilidad mediante: promoción de la causa, políticas y legislación actualizada, capacitación, estructuras apropiadas, información científica, planes y procedimientos, recursos y alianzas.
- Fortalecer el asesoramiento técnico y el liderazgo y mejorar la coordinación para que no haya ninguna deficiencia en emergencias futuras.
- Confeccionar una nómina de los expertos debidamente capacitados a los que puede llamarse en caso de emergencia. Se deben acordar los criterios y los procedimientos para la colaboración que incluya a todos los sectores.

- Colaborar con socios dentro y fuera del sector salud, incluidos gobiernos y sociedad civil, otros organismos de las Naciones Unidas, así como con mecanismos y redes, para llevar a cabo intervenciones oportunas y eficaces.
- Integrar la gestión de desastres dentro de la Oficina mediante la creación de capacidades técnicas y operativas en toda la OPS/OMS para apoyar a los países en las crisis, en particular para realizar evaluaciones de salud, movilizar recursos, coordinar la acción sanitaria, afrontar las carencias, prestar orientación y vigilar el desempeño de la acción humanitaria con relación a la salud y nutrición de las poblaciones afectadas.

## PREMISAS Y RIESGOS

### Premisa:

- Que los preparativos para casos de desastre y la reducción de riesgos reciban un apoyo político decidido y recursos a todos los niveles.

### Riesgos:

- Que los funcionarios de la OPS se distraigan de las prioridades del desarrollo debido a su participación en las actividades de respuesta a los desastres es una posibilidad real, ya que la respuesta humanitaria es muy exigente en cuanto al tiempo de los expertos y el apoyo administrativo.
- Que los grandes desastres que afectan a varios países, como los que ocurrieron durante las temporadas de huracanes fuertes del 2004 y el 2005, puedan afectar la ejecución de las actividades relacionadas con este Objetivo Estratégico.
- Que el trabajo en el área de preparativos para situaciones de emergencia y respuesta se perciba incorrectamente como una responsabilidad más que es secundaria al trabajo corriente de la Organización.

## RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

### **RPR 5.1 Estados Miembros y los socios apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y el fortalecimiento de planes y programas de preparativos para situaciones de emergencia a todos los niveles.**

| Ind.         | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|--------------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 5.1.1        | Número de países que han elaborado y evaluado planes de preparación para casos de desastre para el sector salud                           | 23                 | 30        | <u>34</u> | 35        |
| <u>5.1.2</u> | <u>Número de países que aplican programas para reducir la vulnerabilidad de las infraestructuras de salud</u>                             | 9                  | 20        | <u>24</u> | 30        |
| 5.1.3        | Número de países que notifican tener un programa de salud contra los desastres dotado con personal a tiempo completo y presupuesto propio | 10                 | <u>12</u> | <u>14</u> | 15        |

**RPR 5.2 Apoyo oportuno y apropiado brindado a los Estados Miembros para asegurar una inmediata asistencia a las poblaciones afectadas por una crisis.**

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011   | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-------------|-----------|
| 5.2.1 | Número de programas regionales de capacitación sobre la respuesta frente a emergencias                           | 4                  | 6         | 7           | 7         |
| 5.2.2 | Proporción de las emergencias en que la respuesta específica se inicia en las 24 horas que siguen a la solicitud | 100%               | 100%      | <u>100%</u> | 100%      |

**RPR 5.3 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para reducir los riesgos del sector salud en los desastres y lograr la recuperación más rápida de las poblaciones afectadas.**

| Ind.  | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011   | Meta 2013 |
|-------|---|--------------------|-----------|-------------|-----------|
| 5.3.1 | Proporción de evaluaciones de necesidades realizadas con posterioridad a un conflicto o a un desastre, que tienen un componente sanitario que incluye aspectos de género                                | 100%               | 100%      | <u>100%</u> | 100%      |
| 5.3.2 | Proporción de planes de acción humanitaria para emergencia complejas y de procesos de formulación de llamamientos unificados en los que se incluyen componentes sanitarios estratégicos y operacionales | 100%               | 100%      | <u>100%</u> | 100%      |

**RPR 5.4 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica coordinada para fortalecer los preparativos, la recuperación y la reducción de riesgos en áreas como las enfermedades transmisibles, la salud mental, los servicios de salud, la inocuidad de los alimentos y la radiación nuclear.**

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011   | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-------------|-----------|
| 5.4.1 | Proporción de países afectados por situaciones de emergencia en los que se ha realizado una evaluación integral de los riesgos relacionados con las enfermedades transmisibles, y en los que se ha elaborado y difundido a los organismos asociados un perfil epidemiológico y una carpeta de material | 90%                | 100%      | <u>100%</u> | 100%      |
| 5.4.2 | Proporción de emergencias en las que se brinda cooperación técnica coordinada (a través del grupo de trabajo específico de la Oficina), cuando es necesaria  | 100%               | 100%      | <u>100%</u> | 100%      |

**RPR 5.5 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los preparativos nacionales y para establecer mecanismos de alerta y de respuesta para las emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos y la salud ambiental.**

| Ind.  | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 5.5.1 | <u>Número de países con capacidad para responder a emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos</u>   | 15                 | 19        | 24        | 30        |
| 5.5.2 | Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y actividades de alerta y respuesta para las situaciones de emergencia sanitaria de origen químico, radiológico y ambiental | 20                 | 24        | 26        | 28        |
| 5.5.3 | Número de países que cuentan con puntos focales para la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos y las situaciones de emergencia de salud ambiental          | 28                 | 29        | 30        | 32        |

**RPR 5.6 Se habrán emitido comunicaciones eficaces, formado alianzas y estrechado los lazos de coordinación con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, gobiernos, organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, instituciones académicas y asociaciones profesionales a los niveles nacional, regional y mundial.**

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 5.6.1 | <u>Proporción de emergencias en las cuales el "grupo orgánico" salud, definido por la Reforma Humanitaria de Naciones Unidas, se encuentra operacional, en caso que sea necesario.</u> | 100%               | 100%      | 100%      | 100%      |
| 5.6.2 | Número de mecanismos interinstitucionales y grupos de trabajo regionales relacionados con las emergencias en los que la OPS/OMS participa activamente                                  | 4                  | 8         | 9         | 10        |
| 5.6.3 | Proporción de los desastres en los cuales los informes de las Naciones Unidas y los originados en los países incluyen información sanitaria  | 100%               | 100%      | 100%      | 100%      |

**RPR 5.7 Se habrán ejecutado operaciones de emergencia, recuperación y rehabilitación en caso de que sea necesario.**

| Ind.  | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 5.7.1 | <u>Proporción de emergencias en las cuales la OPS/OMS moviliza recursos nacionales e internacionales para las operaciones, en caso de que sea necesario</u> | 100%               | 100%      | 100%      | 100%      |
| 5.7.2 | <u>Proporción de intervenciones de rehabilitación en las cuales se han ejecutado operaciones de emergencia en caso de que sea necesario</u>                 | 100%               | 100%      | 100%      | 100%      |

## OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

**Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud**

### ALCANCE

El trabajo de este Objetivo Estratégico se centra en las estrategias integradas, completas, multisectoriales y multidisciplinarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades para mejorar la salud y el bienestar colectivos; y en la formulación de políticas sociales y de salud pública para la reducción o prevención de los seis principales factores de riesgo.

### INDICADORES Y METAS

- Número de países que informan una reducción de 10% de la tasa de prevalencia del consumo de tabaco. Línea de base: 3 países en el 2007. Meta: 10 países para el 2013. (Se aplica a los 20 países que tienen información en la Base de Datos de la OMS.)
- Número de países que han estabilizado o reducido la prevalencia de la obesidad en adultos de ambos sexos. Línea de base: 0 países en el 2007. Meta: 5 países para el 2013. (Este indicador se aplica a los 15 países con datos representativos nacionales actuales en la Base Mundial de Datos sobre la Obesidad de la OMS.)
- Número de países que han reducido los resultados perjudiciales de las relaciones sexuales sin protección, medidos mediante una reducción de la tasa (estimada) de prevalencia de los casos de infección por el VIH en los jóvenes de entre 15 y 24 años edad a 0,46/100 o menos para las mujeres y 0,79/100 o menos para los hombres en América Latina, y a 3,30/100 o menos para las mujeres y 2,51/100 o menos para los hombres en el Caribe. **América Latina**- Línea de base: 11 países en el 2006. Meta: 20 países para el 2013. **Caribe**- Línea de base: 4 países en el 2006. Meta: 7 países para el 2013.

### TEMAS Y DESAFÍOS

Los seis principales factores de riesgo: consumo de tabaco, régimen alimentario malsano, inactividad física, consumo de bebidas alcohólicas, drogas y sustancias psicoactivas, y comportamientos sexuales inseguros representan más de 60% de la mortalidad y al menos 50% de la carga de morbilidad mundial y en las Américas. Los factores determinantes ambientales y sociales desempeñan un papel importante. El desafío en la Región es ejecutar acciones intersectoriales integradas y promover las políticas públicas contra los factores de riesgo.

Las poblaciones pobres en los países de ingresos bajos y medianos son afectadas predominantemente. Si bien se ha hecho hincapié en el tratamiento de los efectos adversos de estos factores de riesgo, se ha prestado mucha menos atención a la prevención y cómo modificar eficazmente los factores determinantes.

El consumo de tabaco es la principal causa de muertes evitables en todo el mundo, y al menos 50% de las defunciones atribuibles al tabaco ocurren en los países en desarrollo. Causa un millón de defunciones en la Región cada año, y el Cono Sur tiene la tasa más elevada de mortalidad por causas relacionadas con el tabaquismo. El consumo de tabaco y la pobreza están estrechamente vinculados y las tasas de prevalencia son mayores entre los pobres. Afortunadamente, existen medidas eficaces y rentables para reducir el consumo de tabaco. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es un tratado de base científica concebido para ayudar a reducir la carga de enfermedad y muerte causada por el consumo de tabaco. El desafío estriba en ratificarlo y ejecutarlo en toda la Región.

En el 2000, el consumo de alcohol causó 4,8% de la mortalidad y 9,7% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos en la Región; la mayor parte de la carga recayó en América Central y del Sur. Se calcula que el consumo de alcohol representó al menos 279.000 defunciones en ese año. Los traumatismos intencionales y no intencionales representaron cerca de 60% de la mortalidad relacionada con el alcohol y casi 40% de la carga de enfermedad relacionada con el alcohol. La mayor parte de la carga de enfermedad relacionada con el alcohol (83,3%) afecta a los hombres. También vale la pena mencionar que 77,4% de la carga corresponde a la población de 15 a 44 años de edad; es decir, afecta principalmente a jóvenes y adultos jóvenes en sus años de vida más productivos. En algunos países de la Región, el consumo de drogas inyectables es una fuerza significativa detrás de la propagación rápida de la infección por el VIH. El desafío estriba en recalcar la prevención y asignar recursos suficientes.

Una disminución preocupante de los niveles de actividad física es generalizada en la Región. Mientras que la población físicamente activa en los Estados Unidos se ha mantenido en 30% durante más de un decenio, en América Latina y el Caribe se sitúa entre 40% y 60%. La inactividad física en la Región se ha visto impulsada por una mayor urbanización, el transporte motorizado, las políticas de zonificación urbana que fomentan la dependencia del automóvil y la falta de infraestructura para peatones y ciclistas. Además, el tiempo libre se pasa cada vez más en actividades como mirar la televisión y los juegos electrónicos.

En cuanto al régimen alimentario, la Región se caracteriza por el consumo bajo de frutas y verduras, granos integrales, cereales y legumbres. Esto se suma al consumo alto de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal, entre ellos leche, carne, cereales refinados y alimentos procesados. Esta forma de alimentarse es un factor clave que aumenta la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. Estudios de población efectuados en la Región revelan que, en el 2002, de 50% a 60% de los adultos y de 7% a 12% de los niños menores de 5 años de edad tenían exceso de peso o eran obesos.

El comportamiento sexual arriesgado contribuye significativamente al aumento de las consecuencias negativas para la salud como el embarazo no intencional, las infecciones de transmisión sexual (en especial la infección por el VIH/SIDA), y otras consecuencias sociales, emocionales y físicas que se han subestimado gravemente. La OMS calcula que el comportamiento sexual arriesgado ocupa el segundo lugar entre los factores de riesgo más importantes para la salud en los países con tasas de mortalidad elevadas. A nivel mundial, cada año 80 millones de mujeres tienen un embarazo no deseado, 46 millones optan por el aborto y se notifican 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual y 5 millones de nuevas infecciones por el VIH. El comportamiento arriesgado no suele ocurrir por sí solo; por ejemplo, el consumo peligroso de alcohol y otras drogas y los comportamientos sexuales arriesgados con frecuencia van juntos. Muchos de estos comportamientos no son el resultado de la toma individual de decisiones sino que reflejan las pautas existentes, las normas sociales y culturales, las inequidades, las desigualdades y los niveles de instrucción bajos. Por lo tanto, la

OPS/OMS reconoce la necesidad de un enfoque de promoción de la salud integrado y completo y de estrategias preventivas eficaces.

Se necesita urgentemente una inversión adicional considerable en recursos económicos y humanos a todos los niveles para formar capacidad, así como para fortalecer las intervenciones nacionales, regionales y mundiales. Los Estados Miembros deben mostrar gran diligencia en promover la información y el compromiso político de actuar decididamente para promover la salud y los estilos de vida sanos y prevenir y reducir la frecuencia de los factores de riesgo.

### **ENFOQUES ESTRATÉGICOS**

- Aplicar un enfoque integrado en la promoción de la salud y la prevención y la reducción de los principales factores de riesgo para aumentar las sinergias, mejorar la eficiencia general de las intervenciones y dismantelar los enfoques verticales actuales para la prevención de los factores de riesgo.
- Fortalecer el liderazgo y la rectoría de los ministerios de salud para lograr la participación efectiva de todos los sectores de la sociedad.
- Fortalecer la capacidad nacional de vigilancia, prevención y reducción de los factores de riesgo comunes.
- Mejorar el liderazgo y la promoción de la salud en los planos regional, nacional y local, y ampliar las actividades a todos los programas de salud pertinentes.
- Conseguir que cada país de la Región aplique la Estrategia y Plan de Acción Regionales para la Prevención y el Control Integrado de las Enfermedades No Transmisibles Crónicas respaldados por los Estados Miembros.

### **PREMISAS Y RIESGOS**

Premisas:

- Que se realicen inversiones económicas adicionales y en recursos humanos a fin de crear la capacidad necesaria para promover la salud y prevenir los factores de riesgo.
- Que se establezcan alianzas eficaces y colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias en relación con las políticas, los mecanismos, las redes y las acciones en las que participen todos los actores a nivel nacional, regional e internacional.
- Que haya un compromiso con la adopción de políticas, planes y programas completos e integrados para abordar los factores de riesgo comunes.
- Que se aumenten las inversiones en investigación, sobre todo las que tengan por objeto determinar estrategias de prevención eficaces basadas en la población.

Riesgos:

- Que el trabajo o la interacción con el sector privado presente riesgos relacionados con los intereses en pugna de las industrias, como la del tabaco, las bebidas alcohólicas, el azúcar, los alimentos procesados y las bebidas sin alcohol. Por ello es necesario cumplir en todos los casos las reglas de conducta debida.
- Que los métodos integrados de promoción de la salud y prevención de los factores de riesgo perjudiquen la capacidad de los países para aportar la pericia adecuada para

responder a las enfermedades y los factores de riesgo específicos, a menos que la masa crítica de expertos sea protegida y se obtenga el nivel de recursos necesario.

## RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

**RPR 6.1 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer su capacidad de introducir la promoción de la salud en todos los programas pertinentes; y para establecer colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias eficaces para la promoción de la salud y la prevención o reducción de los principales factores de riesgo.**

| Ind.  | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 6.1.1 | Número de países que tienen políticas y planes de promoción de la salud, con recursos asignados | 11                 | 15        | <u>18</u> | 20        |
| 6.1.2 | Número de países con redes de escuelas saludables (o su equivalente)                            | 7                  | 10        | <u>13</u> | 15        |
| 6.1.3 | Número de países que adoptan el marco conceptual de salud urbana de la OPS/OMS                  | 0                  | 2         | <u>4</u>  | 5         |

**RPR 6.2 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de los principales factores de riesgo mediante la elaboración y validación de los marcos, las herramientas y los procedimientos operativos y su difusión.**

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 6.2.1 | Número de países que han establecido un sistema nacional de vigilancia que usa el método Pan Am STEPs (Método Panamericano Progresivo para la Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas) para presentar informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los adultos | 6                  | 10        | <u>15</u> | 20        |
| 6.2.2 | Número de países que han establecido un sistema nacional de vigilancia que se basa en la encuesta de salud de los estudiantes realizada en las escuelas (Encuesta Mundial de Salud Escolar) y están produciendo informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los jóvenes             | 11                 | 15        | <u>23</u> | 30        |
| 6.2.3 | <u>Número de países que han ejecutado indicadores estandarizados para enfermedades crónicas y factores de riesgo en la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País de la OPS/OMS</u>  | 3                  | 8         | <u>10</u> | 12        |

**RPR 6.3 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica en materia de políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir el consumo de tabaco y los problemas relacionados.**

| Ind.         | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|--------------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 6.3.1        | Número de países que han adoptado una <u>legislación de ambientes libres de humo de tabaco en todos los lugares públicos y de trabajo (públicos y privados) de acuerdo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco</u> | <u>1</u>           | <u>3</u>  | <u>5</u>  | <u>7</u>  |
| 6.3.2        | Número de países que han prohibido la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco de acuerdo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco   | 0                  | <u>2</u>  | <u>3</u>  | <u>4</u>  |
| 6.3.3        | Número de países con reglamentos para el envasado y la rotulación de los productos de tabaco de acuerdo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco  | 8                  | <u>10</u> | <u>17</u> | <u>23</u> |
| <u>6.3.4</u> | <u>Numero de países que han actualizado por lo menos uno de los componentes del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco</u>  | <u>9</u>           | <u>20</u> | <u>28</u> | <u>35</u> |

**RPR 6.4 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y otras sustancias psicoactivas y los problemas relacionados.**

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 6.4.1 | Número de países que han ejecutado políticas, planes o programas para la prevención de problemas de salud pública causados por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y otras sustancias psicoactivas | 11                 | 13        | <u>16</u> | 20        |

**RPR 6.5 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir los regímenes alimentarios insalubres y la inactividad física y los problemas relacionados.**

| Ind.  | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 6.5.1 | Número de países que han ejecutado políticas nacionales para promover un régimen alimenticio saludable y actividad física de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS  | 8                  | 10        | <u>15</u> | 20        |
| 6.5.2 | Número de países que han creado entornos propicios para los peatones y para trasladarse en bicicleta, programas de promoción de la actividad física e iniciativas de control de la delincuencia en al menos una de sus ciudades principales | 7                  | 10        | <u>13</u> | 18        |

**RPR 6.6 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para promover la actividad sexual de menor riesgo.**

| Ind.  | Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 6.6.1 | Número de países que han implantado intervenciones nuevas o mejoradas para promover los comportamientos sexuales de menor riesgo en los ámbitos individual, familiar y comunitario | 7                  | 9         | <u>10</u> | 11        |

## OBJETIVO ESTRATÉGICO 7

**Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos**

### ALCANCE

Este Objetivo Estratégico se centra en el desarrollo y la promoción de la acción intersectorial sobre los factores sociales y económicos determinantes de la salud, entendida como el mejoramiento de la equidad de salud mediante la atención a las necesidades de los grupos sociales pobres, vulnerables y excluidos. Este objetivo pone de relieve los vínculos existentes entre la salud y factores sociales y económicos tales como el ingreso, la educación, la vivienda, el trabajo y la posición social.

### INDICADORES Y METAS

- Número de países con indicadores de salud nacionales desglosados por sexo y edad, e incluyendo el coeficiente de Gini y la curva de Lorenz. Línea de base: 3 países en el 2007. Meta: 6 países para el 2013.
- Número de países que han elaborado políticas públicas para los sectores ajenos al sanitario que abordan las condiciones de salud. Línea de base: 7 países en el 2007. Meta: 20 países para el 2013.
- Número de países que tienen planes nacionales de desarrollo y reducción de la pobreza que integran la salud, la nutrición y la educación. Línea de base: 3 países en el 2007. Meta: 6 países para el 2013.

### TEMAS Y DESAFÍOS

La equidad en salud es la gran meta a conseguir, que cuenta con el respaldo de los Estados Miembros de la OPS/OMS. En los últimos decenios, las disparidades a este respecto entre países así como entre diferentes grupos sociales y étnicos dentro de los países se han acrecentado, a pesar de los progresos médicos y tecnológicos logrados. La OPS/OMS y otros actores de los sectores de la salud y el desarrollo han hecho de la lucha contra la inequidad en salud una de sus prioridades más importantes y se han comprometido a apoyar a los países mediante una acción más eficaz encaminada a atender las necesidades sanitarias de los grupos más vulnerables (Informe sobre la salud en el mundo 2003, 2004 y 2006). Para alcanzar este objetivo será necesario ocuparse de los factores sociales y económicos que afectan las oportunidades de salud de la población. A fin de progresar sustancialmente en la equidad en salud, es indispensable adoptar un enfoque intersectorial, aunque a veces ello sea difícil desde el punto de vista político. Los ODM ponen de relieve el carácter profundamente interrelacionado de los procesos relativos a la salud y el desarrollo económico, la necesidad de coordinación entre múltiples sectores para alcanzar los objetivos de salud y la importancia de abordar los problemas de la pobreza, la desigualdad de género y la desigualdad racial o étnica.

Esta situación plantea dificultades para los ministerios de salud, que necesitan trabajar con métodos innovadores a fin de fomentar la colaboración intersectorial. Ello significa también intervenir en los factores sociales y económicos determinantes de la salud y en su relación con

los ODM y armonizar programas clave de salud orientados a sectores específicos a fin de responder mejor a las necesidades de las poblaciones vulnerables. Entre los medios eficaces para aumentar los beneficios sanitarios para los grupos vulnerables cabe señalar la incorporación en las políticas y programas del sector salud de enfoques encaminados a mejorar la equidad, que sean favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género, correctos desde el punto de vista racial y étnico y con fundamento ético. El Derecho Internacional de Derechos Humanos, consagrada en convenios y estándares internacionales y regionales en materia de derechos humanos<sup>16</sup>, ofrece un marco conceptual y jurídico unificador de estas estrategias, así como medidas para evaluar el progreso y aclarar la rendición de cuentas y las responsabilidades de los distintos interesados directos.

Los desafíos fundamentales para lograr lo antedicho comprenden: 1) desarrollar suficiente pericia con respecto a los factores sociales y económicos determinantes de la salud y su relación con los ODM, así como los relativos a la ética y los derechos humanos en los planos mundial, regional y nacional; 2) velar por que todas las áreas técnicas de la Oficina Sanitaria Panamericana en la Sede reflejen las perspectivas de los factores sociales y económicos determinantes (incluidos el género, el origen étnico y la pobreza), la ética y los derechos humanos en sus programas y su trabajo normativo; y 3) adoptar el método correcto para medir sus efectos. Este último desafío es especialmente importante, ya que el logro de una mayor equidad e igualdad sanitaria con respecto a los grupos más vulnerables pocas veces se pondrán rápidamente de manifiesto o serán fáciles de atribuir a intervenciones determinadas. Se necesitan modalidades innovadoras para determinar cómo se formulan, seleccionan e implantan las políticas, los programas, los planes, las leyes y las intervenciones. Hacen falta igualmente nuevas formas para determinar si las intervenciones logran producir los cambios previstos, además de medir los resultados sanitarios.

Los pueblos indígenas son culturalmente heterogéneos y habitan en una variedad de lugares que a menudo incluyen dos o más países, lo que complica las intervenciones destinadas a atender sus necesidades de salud. Otros desafíos para este tema son: crear o aumentar la concientización de los encargados de adoptar las decisiones; promover la participación efectiva de los pueblos indígenas en la toma de decisiones; y fomentar esfuerzos concertados para determinar, elaborar, dotar de recursos y poner en práctica un enfoque intercultural para abordar necesidades de salud de los indígenas, en lugar de imponer un modelo asistencial único. El mayor desafío que aún persiste es aumentar el acceso y la utilización de los servicios de salud por los pueblos indígenas, tanto a nivel local como nacional.

No hay suficientes estadísticas de población y sanitarias desglosadas por grupo étnico, sexo y grupos de edad, lo que impide que las decisiones se basen en datos basados en evidencias y en la evaluación adecuada de la situación sanitaria.

## ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Fortalecer las estrategias y los planes nacionales para abordar todas las formas de desventaja y vulnerabilidad sociales que perjudican la salud y producen exclusión social; involucrar a la sociedad civil y a los interesados directos pertinentes, por ejemplo, mediante iniciativas comunitarias.

---

<sup>16</sup> De acuerdo con el derecho internacional vigente, los instrumentos de derechos humanos incluyen los "tratados" o "convenciones" regionales o internacionales negociados y formulados por los Estados Miembros de las Naciones Unidas o de la Organización de los Estados Americanos, y los "estándares" internacionales o regionales, que son directrices consagradas en declaraciones, recomendaciones e informes emitidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Asamblea General de la OEA, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y organismos creados por los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas y la OEA, entre otros. Véase el documento CD4 47/15 del 16 de agosto del 2006, 47.o Consejo Directivo, p.11-14. Puede consultarse en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-15-s.pdf>.

- Corregir las causas fundamentales de las inequidades, la discriminación y la desigualdad en materia de salud con respecto a los grupos más vulnerables necesitará integración coordinada tanto por la Oficina como por los Estados Miembros para apoyar la incorporación de perspectivas éticas y basadas en los derechos humanos con respecto a la igualdad de género, étnica y racial y de lucha contra la pobreza en la formulación de guías y políticas y en la ejecución de programas sanitarios.
- Focalizar la cooperación técnica en: 1) los cinco países clave (Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua), 2) las zonas urbanas de los países de ingresos medianos donde se concentra la cantidad más alta de personas pobres, y 3) los pueblos indígenas, para cumplir los ODM.
- Llevar a cabo la iniciativa “Rostros, Voces y Lugares”, cuyo objetivo es ayudar a las comunidades más vulnerables a cumplir los ODM al reducir la inequidad mediante el empoderamiento de las comunidades de América Latina y el Caribe.

## PREMISAS Y RIESGOS

### Premisas:

- Que los ministerios de salud ejerzan su liderazgo para abordar todos los factores determinantes de la salud, adoptando un enfoque multisectorial y dando prioridad a los sectores que tienen una mayor repercusión en la salud.
- Que los planificadores y los ejecutores de los programas de salud estén dispuestos y sean capaces de incorporar en éstos estrategias que aumenten la equidad en favor de los pobres, y que sean sensibles al concepto de género y respetuosas de las diferencias étnicas y raciales, a pesar de las complicaciones técnicas y políticas.
- Que los gobiernos adopten y pongan en práctica las recomendaciones de la Comisión Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Que la salud y el bienestar de los pueblos indígenas sean una gran prioridad para los gobiernos nacionales y los organismos nacionales e internacionales.

### Riesgos:

- Que no haya un consenso efectivo entre los socios en los países —incluidos organismos del Sistema de Naciones Unidas, otros socios internacionales y organizaciones no gubernamentales— con respecto a las políticas y los marcos para la acción.
- Que haya pocos análisis económicos, de género, étnicos y raciales, y de la pobreza en qué basarse.
- Que los gobiernos no respondan adecuadamente a las necesidades de salud de los pueblos indígenas; que escaseen las iniciativas de cooperación entre los pueblos indígenas y los gobiernos a este respecto.

## RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

**RPR 7.1** Se habrá reconocido en toda la Organización la importancia de los determinantes sociales y económicos de la salud y estos se habrán incorporado en el trabajo normativo y la colaboración técnica con los Estados Miembros y otros colaboradores.

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 7.1.1 | Número de países que han aplicado estrategias nacionales que abordan las recomendaciones de políticas esenciales de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud | 0                  | 4         | <u>10</u> | 12        |

**RPR 7.2** La OPS/OMS toma la iniciativa al brindar oportunidades y medios para la colaboración intersectorial a los niveles nacional e internacional para abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud e impulsar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 7.2.1 | <u>Número de experiencias de los países publicadas que abordan los determinantes sociales de la equidad en materia de salud</u>  | <u>6</u>           | <u>8</u>  | <u>10</u> | 12        |
| 7.2.2 | <u>Número de países que ejecutan por lo menos una intervención sistemática para las comunidades más vulnerables, según lo ha definido el equipo transversal de la OSP para los ODM</u> | <u>0</u>           | <u>0</u>  | <u>6</u>  | <u>12</u> |
| 7.2.3 | Número de países que han llevado a cabo la Iniciativa "Rostros, voces y lugares"   | 6                  | 12        | <u>13</u> | 15        |

**RPR 7.3** Los datos sociales y económicos pertinentes para la salud se habrán recogido, compilado y analizado en forma desglosada (por sexo, edad, grupo étnico, ingresos y problemas de salud, como enfermedades o discapacidades).

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 7.3.1 | <u>Número de países que han publicado informes que incorporen datos de salud desagregados a nivel subnacional para analizar y hacer el seguimiento de la equidad en materia de salud</u> | <u>2</u>           | <u>4</u>  | <u>6</u>  | <u>9</u>  |

**RPR 7.4 Los enfoques de la salud éticos y basados en los derechos humanos son promovidos dentro de la OPS/OMS y a los niveles nacional, regional y mundial.**

| Ind.  | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 7.4.1 | Número de países que aplican: 1) normas y estándares de derechos humanos regionales e internacionales; y 2) instrumentos y documentos de orientación técnica sobre derechos humanos producidos por la OPS/OMS para revisar y/o formular las leyes, las políticas y los planes que hacen avanzar la salud y reducen las brechas en la equidad de salud y la discriminación | 9                  | 10        | <u>11</u> | 18        |

**RPR 7.5 Se habrá incorporado tanto el análisis de género como las medidas eficaces en la labor normativa de la OPS/OMS y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para la formulación de políticas y programas que tengan en cuenta las cuestiones de género.**

| Ind.  | Texto del Indicador   | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 7.5.1 | <u>Número de países que han ejecutado planes para avanzar en la incorporación de las cuestiones de género en el sector salud</u>  | <u>0</u>           | <u>6</u>  | <u>12</u> | <u>18</u> |
| 7.5.2 | <u>Número de herramientas y documentos de orientación elaborados o actualizados por la Oficina Sanitaria Panamericana para incluir la igualdad de género en el análisis, la programación, el monitoreo o la investigación en materia de salud</u> | 8                  | 15        | <u>22</u> | 28        |
| 7.5.3 | <u>Número de entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana que incluyen la perspectiva de género en sus análisis de situación, planes o mecanismos de monitoreo</u>  | <u>3</u>           | <u>10</u> | <u>15</u> | <u>20</u> |

**RPR 7.6 Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para elaborar políticas, planes y programas que apliquen un enfoque intercultural basado en la atención primaria de salud y que busquen establecer alianzas estratégicas con los interesados directos y los asociados pertinentes para mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas.**

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009   | Meta 2011    | Meta 2013    |
|-------|--|--------------------|-------------|--------------|--------------|
| 7.6.1 | <u>Número de países que aplican políticas, planes o programas para mejorar la salud de los pueblos indígenas u otros grupos étnicos o raciales</u>             | 3/21               | <u>9/21</u> | <u>12/21</u> | <u>19/21</u> |
| 7.6.2 | <u>Número de países que recopilan datos sobre la salud de los pueblos indígenas u otros grupos étnicos o raciales en sus sistemas de información sanitaria</u> | 3/21               | <u>9/21</u> | <u>13/21</u> | <u>15/21</u> |

## OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

**Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud**

### ALCANCE

El trabajo de este Objetivo Estratégico se centra en lograr ambientes humanos sin riesgos, sostenibles y propicios para la salud, protegidos de peligros sociales, laborales, biológicos, químicos y físicos, y en promover la seguridad humana y la justicia ambiental para mitigar los efectos de las amenazas mundiales y locales.

### INDICADORES Y METAS

- Proporción de poblaciones urbanas y rurales con acceso a mejores fuentes de agua en la Región. Línea de base: 95% de las poblaciones urbanas y 69% de las poblaciones rurales en el 2002. Meta: 96% de las poblaciones urbanas y 77% de las poblaciones rurales para el 2013 (de acuerdo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio).
- Proporción de poblaciones urbanas y rurales con acceso a saneamiento mejorado en la Región. Línea de base: 84% de las poblaciones urbanas y 44% de las poblaciones rurales en el 2002. Meta: 90% de las poblaciones urbanas y 48% de las poblaciones rurales para el 2013 (de acuerdo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio).
- Número de países que ejecutan planes nacionales de salud de los trabajadores (basados en el *Plan de Acción Mundial* de la OMS – 2007: *Salud de los Trabajadores*:). Línea de base: 10 países en el 2007. Meta: 20 países para el 2013.
- Número de países que tienen centros de información toxicológica. Línea de base: 14 países en el 2006 (estimado). Meta: 24 países para el 2013.
- Reducción del factor atribuible a causas ambientales de la carga de las enfermedades diarreicas entre los niños y adolescentes de 0 a 19 años de edad. Línea de base: 94% en el 2002 (estimado). Meta: 84% para el 2013. (Método para evaluación de la carga de morbilidad ambiental elaborado por la OMS, medida por factores atribuibles expresados en AVAD.)
- Número de políticas de salud ambiental sobre sustancias químicas, calidad del aire y agua potable adoptada por los países de la Región. Línea de base: 11, 7 y 13, respectivamente, en el 2007. Meta: 20, 12 y 20, respectivamente, para el 2013.

### TEMAS Y DESAFÍOS

Los riesgos ambientales y ocupacionales influyen en gran medida en la morbilidad y la mortalidad de la Región, pero pocos países tienen políticas integrales para analizar y establecer políticas públicas para afrontarlos. Los procesos modernos de producción introducen en la Región nuevos riesgos a la salud de origen químico, físico, biológico y psicológico, o agravan los que ya existían. Los países carecen de políticas de desarrollo urbano que promuevan la salud, la equidad social y la justicia ambiental. Estos riesgos afectan no sólo a la generación actual, sino también a las generaciones futuras, pues tienen efectos a largo plazo en la salud.

La rapidez de los cambios en los estilos de vida, la urbanización creciente, la producción y el consumo de energía, el cambio climático y las presiones sobre los ecosistemas podrían tener consecuencias para la salud pública y el gasto sanitario tanto a corto como a largo plazo. Sus consecuencias serán peores si el sector sanitario no toma medidas contra los actuales riesgos ambientales y laborales. Una acción sectorial eficaz apunta a reducir los riesgos en los entornos donde se producen: el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, las ciudades; y en sectores como el de la energía, el transporte, la industria, la agricultura y ganadería, el agua, el saneamiento y los desechos sólidos.

De interés particular en la Región, son las necesidades de los trabajadores en agricultura, empresas pequeñas, sector informal y los trabajadores migratorios. Estos trabajadores están en alto riesgo y a menudo no tienen acceso a los servicios de salud ocupacionales.

Los sistemas de salud necesitan con urgencia información adicional acerca de las repercusiones epidemiológicas de los riesgos ambientales clave y su prevención, y deben contar con los instrumentos necesarios para efectuar intervenciones primarias. Cada vez más se pide a los encargados de la formulación de políticas sanitarias que participen en los foros de desarrollo económico y de políticas, cuyas decisiones tienen consecuencias profundas y duraderas en la contaminación, la diversidad biológica, los ecosistemas y, por lo tanto, en la salud ambiental. Los profesionales de la salud, capacitados por lo común en el tratamiento individual de las personas, deben estar mejor equipados para seguir y sintetizar datos sanitarios y ambientales, así como orientar activamente las estrategias de protección, prevención y sensibilización del público, y responder a situaciones de emergencia.

Aunque el sector salud no puede aplicar políticas de desarrollo por su cuenta, sí puede facilitar datos epidemiológicos, así como los instrumentos, métodos y orientaciones necesarias para evaluar los efectos del desarrollo sobre la salud y para formular políticas o estrategias más sanas. Al mismo tiempo, se debe concientizar a los sectores que no están relacionados con la salud sobre los peligros de sus decisiones en ese ámbito a fin de que estén informados y en condiciones de actuar. Para ello es preciso fomentar la realización de evaluaciones integradas y la formulación de políticas intersectoriales, reuniendo en torno a una misma mesa tanto a los actores del sector sanitario como a los de otros sectores.

Más de 5 millones de niños mueren todos los años de enfermedades relacionadas con el medio ambiente y de afecciones tales como diarrea, enfermedades respiratorias, malaria y traumatismos no intencionales. Asimismo, millones de niños se ven debilitados por estas enfermedades o padecen afecciones crónicas vinculadas con su entorno, que van desde las alergias hasta las discapacidades mentales y físicas. La mayoría de las enfermedades y defunciones relacionadas con el medio ambiente pueden prevenirse aplicando estrategias y herramientas eficaces, de bajo costo y sostenibles.

América Latina es una de las zonas del mundo de mayor uso de plaguicidas. Por ejemplo, Centroamérica importa 1,5 kg de plaguicidas por habitante, cifra 2,5 veces superior al promedio mundial. En muchos países de América Latina todavía se importan plaguicidas prohibidos. Se necesitan leyes nacionales e internacionales más estrictas e intervenciones integrales.

Se reconoce cada vez más los efectos nocivos para la salud de los contaminantes orgánicos persistentes y los metales pesados, como son el plomo, el mercurio y otros. Sin embargo, no hay ningún sistema de información que permita analizar los riesgos y difundir conocimientos sobre la identificación, el control y la eliminación de estos riesgos.

El cambio climático y otros riesgos ambientales mundiales contribuyen al aumento de la actual carga sobre la salud. Entre sus repercusiones negativas cabe destacar mayores riesgos para la salud, nutrición deficiente, escasez de agua y aumento de las enfermedades de transmisión vectorial.

Los escapes accidentales y el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radiactivo requieren sistemas eficaces de prevención, vigilancia y respuesta a fin de contener o mitigar sus efectos perjudiciales para la salud.

El uso de productos de consumo ha cambiado en la Región y en muchos casos ocasiona nuevos riesgos para la salud. La principal herramienta para responder a los riesgos para la salud de los consumidores ha sido la revisión de los procedimientos de vigilancia y reglamentación sanitaria en la Región.

Se ha calculado que cada año ocurren en América Latina 5 millones de accidentes ocupacionales, de los cuales 90.000 son mortales, lo que equivale a aproximadamente 250 defunciones por día.

Un reto para los gobiernos locales es encontrar soluciones apropiadas, higiénicas y racionales para manejar las 360.000 toneladas de basura que se producen a diario en América Latina. Aunque la cobertura de los servicios de abastecimiento de agua ha llegado a 90,3%, y 84,6% de la población de América Latina dispone de agua potable (datos del 2004), las poblaciones más vulnerables, que viven en zonas rurales y barrios pobres urbanos marginales, aún carecen de acceso a este recurso.

Las barreras de carácter político, legislativo e institucional que obstaculizan el mejoramiento de las condiciones ambientales son muchas y en varios países todavía faltan recursos humanos con una especialización adecuada en la evaluación y la gestión de riesgos. Por ese motivo, muchas veces las autoridades sanitarias nacionales y locales no están en condiciones de colaborar con otros sectores socioeconómicos en los que es preciso adoptar medidas de protección de la salud. El Programa 21, aprobado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992), el Plan de Aplicación de las Decisiones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, 2002) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) constituyen el marco internacional de políticas necesario para la acción. Es imperativo mantener y ampliar la alianza estratégica entre los sectores de la salud, la educación y el trabajo.

#### **ENFOQUES ESTRATÉGICOS**

- Mejorar la alianza estratégica entre los ministerios de salud y ambiente para forjar nexos más fuertes entre los sectores sanitario y ambiental en materia de planificación y ejecución de políticas nacionales.
- Promover el cumplimiento de los ODM mediante las estrategias de salud ambiental de los niños en respuesta al plan de acción conjunto en materia de salud y ambiente acordado por los Ministros de Salud y de Ambiente reunidos en Mar del Plata en el 2005.
- Fortalecer las redes y promover la participación de los centros colaboradores y de referencia de varios sectores para promover la integración interprogramática e interinstitucional.

## PREMISAS Y RIESGOS

### Premisas:

- Que el personal del sector salud adquiriera cada vez más conciencia de que la carga de enfermedad asociada a los riesgos de salud ambiental está aumentando, según los datos basados en evidencias más recientes.
- Que los encargados de adoptar decisiones (por ejemplo, los encargados de la formulación de políticas, los bancos y las organizaciones de la sociedad civil en los sectores de la economía que mayor incidencia tienen en la salud pública) den prioridad en medida creciente a la salud y que, en los procesos de adopción de decisiones, asignen un lugar central a las consideraciones sobre los costos y beneficios sanitarios de sus acciones.
- Que los socios en el desarrollo (centros colaboradores, organismos de cooperación, fundaciones, países beneficiarios y bancos) reconozcan progresivamente que reducir los riesgos ambientales para la salud contribuye en alto grado al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio pertinentes.
- Que la reforma del sistema de las Naciones Unidas le permita a la OMS y la OPS ejercer un mayor liderazgo mundial en las esferas de la salud pública y el ambiente, y dar prioridad a las respuestas humanitarias y al desarrollo económico sostenible desde el punto de vista ambiental.

### Riesgos:

- Que las expectativas de otros sectores con respecto a la posibilidad de obtener resultados rápidamente y reducir los riesgos de la salud ambiental superen la capacidad del sector sanitario para apoyar las acciones de los mismos.
- Que no se tenga acceso a información sobre las mejores opciones en materia de intervenciones sectoriales para mejorar la salud ocupacional y ambiental.
- Que sea débil o efímero el compromiso de mejorar la salud ambiental por parte de las autoridades dirigentes mundiales y los colaboradores en la esfera del desarrollo o el medio ambiente.
- Que siga siendo débil la respuesta de los sistemas de salud para reducir los distintos riesgos de salud ocupacional y ambiental y extirpar sus causas.

## RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

**RPR 8.1 Se habrán difundido evaluaciones, normas y orientación basadas en evidencias sobre los riesgos prioritarios para la salud ambiental (por ej. calidad del aire, sustancias químicas, campos electromagnéticos, radón, agua potable, reutilización de aguas residuales).**

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 8.1.1 | Número de evaluaciones nuevas o actualizadas de los riesgos ambientales o de la carga de enfermedad por causas ambientales realizadas anualmente | 2                  | 3         | 4         | 7         |
| 8.1.2 | Número de acuerdos ambientales internacionales cuya ejecución es apoyada por la OSP  | 5                  | 5         | 5         | 6         |

| <u>Ind.</u> | <u>Texto del Indicador</u>   | <u>Línea de base 2007</u> | <u>Meta 2009</u> | <u>Meta 2011</u> | <u>Meta 2013</u> |
|-------------|--|---------------------------|------------------|------------------|------------------|
| 8.1.3       | <u>Número de países que aplican normas, lineamientos o directrices de la OMS sobre salud ocupacional o ambiental</u> | <u>13</u>                 | <u>18</u>        | <u>21</u>        | <u>24</u>        |
| 8.1.4       | <u>Número de países que aplican las directrices de la OMS sobre el agua potable hacia el cumplimiento del ODM 7</u>  | <u>6</u>                  | <u>8</u>         | <u>11</u>        | <u>14</u>        |

**RPR 8.2 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos de salud ambiental, aumenten la seguridad y promuevan la salud pública, incluso en entornos específicos y en grupos vulnerables (por ej., niños y adultos mayores).**

| <u>Ind.</u> | <u>Texto del Indicador</u>   | <u>Línea de base 2007</u> | <u>Meta 2009</u> | <u>Meta 2011</u> | <u>Meta 2013</u> |
|-------------|--|---------------------------|------------------|------------------|------------------|
| 8.2.1       | <u>Número de países que han puesto en marcha las intervenciones de prevención primaria para la reducción de los riesgos ambientales para la salud en el lugar de trabajo, el hogar o zonas urbanas</u> | <u>4</u>                  | <u>7</u>         | <u>8</u>         | <u>10</u>        |

**RPR 8.3 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer la formulación de políticas de salud ocupacional y ambiental, la planificación de intervenciones preventivas, la prestación de servicios y la vigilancia.**

| <u>Ind.</u> | <u>Texto del Indicador</u>  | <u>Línea de base 2007</u> | <u>Meta 2009</u> | <u>Meta 2011</u> | <u>Meta 2013</u> |
|-------------|---|---------------------------|------------------|------------------|------------------|
| 8.3.1       | Número de países que reciben apoyo técnico y logístico para la elaboración y ejecución de políticas de fortalecimiento de los servicios de salud ocupacional y ambiental, y la vigilancia | 10                        | 15               | <u>17</u>        | 20               |
| 8.3.2       | Número de organizaciones nacionales o centros colaboradores o de referencia que ponen en práctica las iniciativas preconizadas por la OPS/OMS para reducir los riesgos ocupacionales      | 2                         | 4                | <u>5</u>         | 6                |

**RPR 8.4** Se contará con guías, instrumentos e iniciativas para ayudar al sector salud a influir en las políticas de sectores prioritarios (por ejemplo, energía, transporte, agricultura y ganadería), evaluar el impacto en la salud, analizar los costos y beneficios de las alternativas de políticas en esos sectores y aprovechar las inversiones en otros sectores que no están relacionados con la salud para mejorar la salud.

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 8.4.1 | Número de iniciativas regionales, subregionales y nacionales ejecutadas en otros sectores que toman en cuenta la salud, con apoyo técnico y logístico de la Oficina Sanitaria Panamericana | 2                  | 3         | <u>3</u>  | 4         |
| 8.4.2 | <u>Número de guías y herramientas de la OPS/OMS producidas intersectorialmente para la protección de la salud ambiental mundial</u>  | <u>0</u>           | <u>2</u>  | <u>3</u>  | <u>4</u>  |

**RPR 8.5** Se habrá reforzado el liderazgo del sector salud para promover un entorno más sano y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud, respondiendo a los problemas emergentes y reemergentes de salud ambiental relacionados con el desarrollo, la evolución tecnológica, otros cambios ambientales mundiales y las pautas de producción y consumo.

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 8.5.1 | Número de foros periódicos de alto nivel sobre salud y ambiente organizados para instancias normativas regionales e interesados directos que son apoyados por la Oficina Sanitaria Panamericana              | 1                  | 2         | <u>3</u>  | 4         |
| 8.5.2 | Número de informes quinquenales corrientes sobre salud ambiental emitidos por la Oficina Sanitaria Panamericana, que incluyen los factores impulsores y las tendencias clave de la salud y sus implicaciones | 1                  | 1         | <u>1</u>  | 2         |

**RPR 8.6** Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para el desarrollo de políticas, estrategias y recomendaciones basadas en datos probatorios para identificar, prevenir y abordar problemas de salud pública resultantes del cambio climático.

| Ind.  | Texto del Indicador  | Línea de base 2007 | Meta 2009 | Meta 2011 | Meta 2013 |
|-------|--|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 8.6.1 | Número de estudios o informes sobre los efectos en la salud pública del cambio climático publicados o co-publicados por la OPS/OMS | N/A                | 0         | <u>1</u>  | 2         |
| 8.6.2 | Número de países que han ejecutado planes que permiten al sector salud responder a los efectos en la salud del cambio climático    | N/A                | 0         | <u>3</u>  | 5         |