



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



50.º CONSEJO DIRECTIVO

62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

Punto 3.2 del orden del día provisional

CD50/3, Rev. 1 (Esp.)
13 de septiembre del 2010
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

**Promoción de la salud, el bienestar y la seguridad humana
en la Región de las Américas**

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Mensaje de la Directora	3
Capítulo I. La seguridad humana: Una visión holística	4
Capítulo II. Promover la seguridad centrada en el ser humano.....	8
Capítulo III. Enseñanzas extraídas y desafíos futuros	46
Siglas y abreviaturas	56

Mensaje de la Directora

A los Estados Miembros:

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe anual correspondiente al período 2009-2010 relativo a las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. En él se pone de relieve la importante labor de cooperación técnica realizada durante este lapso, en el marco del Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana aprobado por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud para el quinquenio 2008-2012.

Mirta Roses Periago
Directora

Capítulo I. La seguridad humana: Una visión holística

“La seguridad humana se expresa en un niño que no muere, una enfermedad que no se propaga, un empleo que no se elimina, una tensión étnica que no explota en violencia, un disidente que no es silenciado. La seguridad humana no es una preocupación por las armas; es una preocupación por la vida y la dignidad humana.”

*Dra. Mirta Roses Periago
Directora, Organización Panamericana de la Salud*

1. Durante el período 2009-2010, los acontecimientos acaecidos en la Región de las Américas resaltaron la importancia de las relaciones entre la salud, la seguridad y el bienestar humano. La alarmante aparición de la pandemia de la gripe por A (H1N1) sometió a prueba y en buena medida validó los años de preparación de la salud pública fundamentados en los principios de la seguridad sanitaria internacional. El terremoto que sacudiera a Haití en enero del 2010 puso en evidencia las trágicas consecuencias del crecimiento urbano no planificado y la vulnerabilidad extrema de las poblaciones pobres. Al recordar estos sucesos, se intuye que la seguridad humana no es algo que puede darse por hecho; es indispensable protegerla y promoverla si queremos que las personas, las comunidades y los países preserven un nivel digno de vida.

2. La atención prestada al concepto de la seguridad humana ha ido creciendo en los últimos años, y no solo por las pandemias y los desastres naturales. Desde que finalizó la guerra fría, el número y la intensidad de los conflictos armados entre países han disminuido considerablemente, en tanto que la interdependencia mundial ha aumentado de manera apreciable. En este sentido, el sufrimiento y la vulnerabilidad que persisten entre los millones de personas menos favorecidas del mundo ofrecen un contraste perturbador ante la opulencia y las comodidades que rodean a los más privilegiados. La injusticia y la inestabilidad inherentes a estas tendencias han ayudado a cambiar el enfoque sobre la seguridad desde la protección del territorio y la soberanía nacionales hacia la protección del bienestar humano.

3. Este cambio se incorporó a los planes de desarrollo mundial a través del *Informe sobre Desarrollo Humano de 1994* del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se argumenta en dicho informe que, en el período posterior a la guerra fría, la inseguridad de las personas no surge tanto de la amenaza de un conflicto internacional, sino de las amenazas a su vida cotidiana, vale decir, a sus empleos e ingresos, su salud, su medio ambiente, así como de la delincuencia. Es menester adoptar un nuevo enfoque sobre la seguridad, un enfoque que tome en cuenta toda la gama de amenazas al bienestar de la humanidad.

4. La idea de que la seguridad humana es tan fundamental para la paz y el desarrollo como la seguridad militar no es nueva. La importancia de ambas fue reconocida por los fundadores de las Naciones Unidas. Tras asistir a la Conferencia de la Carta de las Naciones Unidas en San Francisco en 1945, el entonces Secretario de Estado de los Estados Unidos manifestó a su gobierno:

“La batalla por la paz ha de librarse en dos frentes. El primero es el frente de la seguridad, en el cual la victoria significa vivir libres de miedo. El segundo es el frente económico y social, en el cual la victoria significa vivir libres de miseria. Solo la victoria en ambos frentes puede garantizar al mundo una paz perdurable... Ninguna cláusula que se incluya en la Carta facultará al Consejo de Seguridad para proteger al mundo de las guerras si los hombres y las mujeres no tienen seguridad en sus hogares y en sus empleos.”

5. La idea del lado “humano” de la seguridad perdió terreno durante los años de la guerra fría, pero resurgió en el informe del PNUD de 1994. En este se reconocía la dificultad de formular una definición rigurosa de la seguridad humana, pero se proponían cuatro características esenciales del concepto:

- **Universalidad.** La seguridad humana es una preocupación pertinente a las personas de todo el mundo, tanto en países ricos como en países pobres, por problemas como el desempleo, los estupefacientes, la delincuencia, la contaminación y las violaciones de los derechos humanos.
- **Interdependencia.** Cuando la seguridad de la población está amenazada en algún lugar del mundo, las consecuencias han de afectar también a otros. El hambre, la enfermedad, la contaminación, el tráfico de estupefacientes, el terrorismo, los conflictos étnicos y la desintegración social ya no son acontecimientos confinados dentro de las fronteras nacionales.
- **Énfasis en la prevención.** Es más fácil velar por la seguridad humana mediante la prevención que con la intervención posterior. Por ejemplo, las inversiones en atención primaria de salud y en educación en planificación de la familia podrían haber ayudado a contener la propagación de la infección por el VIH/sida durante los años ochenta.
- **Seguridad centrada en el ser humano.** La seguridad humana se preocupa por la forma en que la gente vive en una sociedad, la libertad con que puede ejercer diversas opciones, el grado de acceso a las oportunidades sociales y económicas y la vida en conflicto o en paz.

6. En el informe se describen dos tipos de amenazas para la seguridad humana. En primer lugar, las amenazas crónicas, como el hambre, las enfermedades y la represión. En segundo, las alteraciones súbitas y dolorosas de la vida cotidiana. De no brindarse protección contra ambas clases de amenazas, puede impedirse el desarrollo humano y desatarse conflictos sociales y hasta la violencia. Vemos entonces que la seguridad

humana, es decir, la seguridad de las personas en su vida diaria, está claramente relacionada con la seguridad colectiva y con el Estado.

7. En la Cumbre del Milenio del 2000, el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, subrayó la importancia de vivir en “un mundo sin temor” y un “mundo sin miseria”, invocando el concepto de la seguridad humana para motivar así a los países ricos y pobres a trabajar mancomunadamente para reducir las privaciones humanas. Aunque el segundo enunciado fue posteriormente el fundamento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la Cumbre llamó a crear una Comisión sobre la Seguridad Humana que, como órgano independiente, se ocuparía de analizar el primero. En su informe, publicado en el 2003, titulado *La seguridad humana, ahora*, la comisión hizo un llamado a cambiar de paradigma y a responder de forma más intensa e integrada a estos problemas de las comunidades y los estados.

8. En el referido informe se reafirmó y amplió la idea de que la “libertad frente al miedo” y la “libertad frente a las privaciones” son igualmente importantes. Sin embargo, también se hizo hincapié en la función de potenciación de la seguridad centrada en el ser humano, al precisar que esta entraña también la “libertad para actuar en nombre propio”. La seguridad humana significa proteger “la esencia vital de toda vida humana de una forma que realce las libertades humanas y la plena realización del ser humano”. Significa más que la ausencia de conflictos; significa crear sistemas políticos, sociales, ambientales, económicos, militares y culturales que faciliten a las personas los elementos básicos de supervivencia, subsistencia y dignidad.

9. En el Informe sobre la salud en el mundo 2007, titulado *Un porvenir más seguro: Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, se explicaba la manera en que la creciente interdependencia y movilidad han aumentado la vulnerabilidad de las poblaciones en todo el mundo frente a amenazas nuevas y emergentes, como los brotes epidémicos, los actos de terrorismo y los incidentes químicos o radioactivos. Se insistía en la importancia de que los países aunasen esfuerzos para proteger a sus habitantes de tales amenazas mediante el Reglamento Sanitario Internacional y mecanismos similares, además de aumentar las inversiones en salud pública y seguridad.

10. En la Región de las Américas, el concepto de seguridad humana surgió de los planes que definiera el continente a principios de este decenio, cuando la Organización de los Estados Americanos se ocupó de las nuevas amenazas a la seguridad regional, como la delincuencia organizada, el terrorismo, la degradación ambiental y el cambio climático. En la Declaración de Bridgetown del 2002, los Estados Miembros de la OEA reconocieron la naturaleza “multidimensional” de la seguridad hemisférica al destacar sus componentes políticos, económicos, sociales, de salud y ambientales. En la Declaración sobre Seguridad en las Américas, del 2003, los países declararon que “el fundamento y la razón de ser de la seguridad es la protección de la persona humana”.

11. Como parte de estas deliberaciones, se solicitó a la OPS que participara en un grupo de trabajo de la Comisión de Seguridad Hemisférica para brindar asesoramiento en los asuntos relacionados con la salud. La OPS elaboró el informe *Salud y seguridad hemisférica* en el que exponía que “la salud es de interés de la seguridad nacional e internacional” y es un componente intrínseco de la seguridad humana, que la mejora de la salud aumenta la seguridad humana, y que una mayor seguridad humana mejora la salud y la calidad de vida. También se exploraba en el documento la relación entre la salud y otros componentes de la seguridad humana, en particular la pobreza, la democracia y la paz, el medio ambiente y los desastres naturales y originados por el hombre. Se indicaba en el informe que la salud de la población depende no solo de la atención de salud y los sistemas de prevención de enfermedades, sino también de determinantes sociales como la educación, los ingresos, el acceso a recursos esenciales, la participación social y política y el medio ambiente.

12. Esta perspectiva de la salud y su interrelación con otros aspectos de la seguridad humana reiteran la visión holística de los ODM, en los que se reconoce la interdependencia que existe entre la salud y los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales del bienestar humano. Esta perspectiva se profundizó con el concepto de salud pública del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, publicado en el 2008. En dicho informe se instaba a los países ricos y pobres por igual a reducir las inequidades en la distribución del poder, el dinero y los recursos, y a colaborar en todos los frentes para mejorar las condiciones de vida diaria de la gente, incluidas las circunstancias en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Aunque la atención se centraba en la salud y la justicia social, el informe contenía un agudo análisis de muchos componentes de la seguridad humana, acompañado de recomendaciones valiosas para abordarlos.

13. En las deliberaciones aludidas y en otras más recientes, los componentes principales de la seguridad humana se clasifican en siete grandes dimensiones: económica, alimentaria, ambiental, personal, comunitaria, política y sanitaria. No obstante, desde el punto de vista de la salud pública, todas estas dimensiones contienen amenazas, componentes o determinantes de la salud, todos los cuales son susceptibles de intervenciones de salud pública. De hecho, la cooperación técnica que brinda hoy por hoy la OPS abarca todas estas dimensiones. El Capítulo II contiene ejemplos de esta labor de la Organización en los Estados Miembros entre el 2009 y el 2010.

Capítulo II. Promover la seguridad centrada en el ser humano

14. La cooperación técnica que brinda la OPS a sus Estados Miembros abarca una amplia gama de temas relacionados con la salud que, como se indicara en el Capítulo I, tienen que ver, directa o indirectamente, con la seguridad humana. En el presente capítulo se presenta lo más resaltante de la labor de la OPS en todas estas áreas entre el 2009 y el 2010. Los ejemplos se agrupan temáticamente siguiendo los siete componentes principales de la seguridad humana: económico, alimentario, ambiental, personal, comunitario, político y sanitario.

La seguridad sanitaria y la crisis económica mundial

15. La contracción económica mundial ha ejercido una presión considerable sobre el gasto social de los Estados Miembros de la OPS. Esto ha hecho que los países tengan grandes dificultades para mantener sus presupuestos nacionales de salud o, en el caso de los países que están procurando lograr la cobertura universal, aumentar sus presupuestos. La cooperación técnica de la OPS entre el 2009 y el 2010 abordó estas preocupaciones, con particular énfasis en la definición de soluciones sostenibles de financiamiento de la salud, la reorganización de los sistemas sanitarios a partir del renovado enfoque sobre la atención primaria de salud y el aumento de la equidad en la distribución de los escasos recursos destinados a la salud.

16. En el **Ecuador**, la OPS apoyó los esfuerzos del gobierno para cumplir progresivamente —pese a la crisis económica mundial— un mandato constitucional que obliga a aumentar el financiamiento del Sistema Nacional de Salud en al menos 0,5 por ciento del PIB cada año hasta alcanzar por lo menos 4 por ciento del PIB. La Organización ayudó a crear un conjunto de servicios de salud garantizados que ofrecería la red de salud pública en el marco del Régimen del Derecho a la Salud, así como un marco metodológico para evaluar las repercusiones de las inversiones en salud durante los tres últimos años, incluidas la formulación y publicación de “cuentas satélite nacionales”.

17. La OPS promovió un debate entre los ministerios de salud de los países y territorios del Caribe Oriental —**Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, San Vicente y las Granadinas, Saint Kitts y Nevis y Santa Lucía**— sobre diversas opciones sostenibles de financiamiento colectivo para mejorar los sistemas de salud y la protección social y, al mismo tiempo, proteger a las familias frente a gastos exorbitantes en salud. Tres países realizaron consultas sobre la atención primaria de salud para guiar este proceso. Además, la OPS organizó una reunión de alto nivel con autoridades sanitarias sobre la nueva estrategia de atención primaria de salud, para que intercambiaran las enseñanzas extraídas y examinaran el progreso que hubieran logrado los países en este ámbito. La

Organización también prestó cooperación técnica a **Barbados, Granada y Santa Lucía** a fin de fortalecer su capacidad institucional para mejorar el financiamiento de los sistemas nacionales de salud, en particular mediante el uso de cuentas nacionales de salud.

18. En **Venezuela**, la OPS apoyó las labores de un grupo de trabajo técnico sobre cuentas nacionales de salud y colaboró en la formulación de una matriz nueva que incorpora el enfoque de los determinantes sociales de la salud. La Organización trabajó conjuntamente con el Ministerio de Salud, el Banco Central de Venezuela y el Instituto Nacional de Estadística en esta tarea.

19. En **Cuba**, la OPS proporcionó el análisis y la documentación sobre enseñanzas extraídas y prácticas óptimas adoptadas durante la crisis económica de los noventa, para orientar las actividades actuales y futuras en respuesta a las presiones económicas. Los materiales contenían estrategias de protección social, reducción del gasto público, gestión eficaz de los servicios de salud e introducción de nuevas tecnologías de atención de salud.

20. El Ministerio de Salud de **Colombia** aplicó la iniciativa PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos), herramienta creada por la OPS para la evaluación y gestión de los sistemas de salud, a un nuevo modelo de atención primaria de salud dirigido a grupos de población dispersos en zonas de difícil acceso. La iniciativa PERC facilitó la reorganización de los servicios para aumentar la eficiencia en los gastos y demostró que el nuevo modelo era eficiente y permitía un uso sostenible de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Colombia está considerando en la actualidad la posibilidad de ampliar el modelo del departamento del Chocó hacia otras poblaciones dispersas en zonas geográficamente aisladas de todo el país y en zonas del departamento de Nariño.

21. Entre 2009 y el 2010, la OPS colaboró con la Caja **Costarricense** de Seguro Social para fortalecer su red de servicios con base en el renovado enfoque sobre la atención primaria de salud, proceso que se propone mejorar la asignación de recursos financieros y humanos, así como la gestión de los servicios. A tal efecto, se crearon y redefinieron redes por nivel de complejidad a partir de los elementos estructurales y funcionales de la atención primaria de salud. Entre los resultados previstos se contemplan la reducción de la demanda de la atención hospitalaria, el aumento de la atención ambulatoria y la asistencia domiciliaria, la incorporación de la promoción de la salud en todos los niveles de atención y la detección y el tratamiento más tempranos de las enfermedades crónicas.

22. La OPS brindó asistencia al **Brasil** en la formulación de políticas para mejorar la equidad en el financiamiento del Sistema Unificado de Salud, mediante la transferencia de recursos a los municipios en función de sus necesidades y la reducción de las diferencias entre las regiones ricas y pobres.

Lograr la seguridad alimentaria

23. De acuerdo con la Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996, “Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana.” La cooperación técnica de la OPS recoge este criterio, al entender la nutrición y la inocuidad de los alimentos —no solo la suficiencia calórica— como elementos esenciales de la seguridad alimentaria.

24. Entre el 2009 y el 2010, la cooperación técnica de la OPS en este ámbito abarcó desde el apoyo a proyectos con familias y comunidades dirigidos a fomentar el logro del ODM 1 hasta la asistencia a los organismos encargados de reglamentar la inocuidad de los alimentos, lo que incluyó el apoyo a la planificación y la formulación de políticas, la legislación y la promoción de la causa, la capacitación de recursos humanos, la adaptación y aplicación de normas, así como la investigación sobre la desnutrición y la carga de las enfermedades transmitidas por los alimentos.

25. En **Costa Rica**, la OPS trabajó con el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) en comunidades prioritarias establecidas a lo largo de la frontera norte del país proporcionando asistencia técnica a organizaciones comunitarias, principalmente de mujeres, en zonas rurales pobres para ayudarles a producir alimentos inocuos y nutritivos. También en colaboración con el INCAP, la Organización brindó cooperación técnica y financiera para mejorar la nutrición de los niños pequeños en las guarderías públicas de la **República Dominicana**.

26. La Organización apoyó la preparación y ejecución de varios proyectos de seguridad alimentaria financiados a través del Fondo para el logro de los ODM, patrocinado por el Gobierno de **España**. Los proyectos, realizados en **Bolivia**, el **Brasil**, **Colombia**, **El Salvador**, **Guatemala**, **Nicaragua** y el **Perú**, se centraron en la seguridad alimentaria y nutricional de los niños. También se llevaron a cabo 27 proyectos familiares en comunidades indígenas de **Costa Rica**. En **Cuba**, la OPS se encargó de más de US\$ 1 millón, de los US\$ 8,5 millones del proyecto financiado por el Fondo para el logro de los ODM, para combatir la anemia en las embarazadas y los menores de 5 años. La Organización ayudó a fortalecer la capacidad de los hogares de maternidad y los observatorios de la salud maternoinfantil, y prestó apoyo a la vigilancia nutricional, los sistemas de información y la capacitación de recursos humanos.

Emergencia de hambre en Guatemala

En el 2009, **Guatemala** sufrió una de las peores sequías de su historia, que produjo pérdidas sustanciales de cultivos de maíz y frijol —principales cultivos alimentarios del país— en una zona conocida como el “corredor seco”. Aunada a las consecuencias de la contracción económica mundial, la sequía produjo una situación crítica de inseguridad alimentaria, en particular para las familias pobres que dependen en gran medida de las remesas.

Tras la declaración de emergencia de hambre por parte del Gobierno de Guatemala, en septiembre del 2009, el Fondo central para la acción en casos de emergencia de las Naciones Unidas (CERF) proporcionó US\$ 5 millones a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OPS para que se ejecutaran programas de emergencia en las áreas de agricultura, alimentación, nutrición y salud y se proporcionara asistencia inmediata a 65.000 familias afectadas y en riesgo. La OPS tuvo a su cargo la administración de US\$ 700.000 de esos recursos, que usó para apoyar medidas dirigidas a reducir la desnutrición aguda grave en 11 departamentos prioritarios. La Organización colaboró estrechamente con el Ministerio de Salud de Guatemala en la elaboración de un plan de acción para mejorar la detección temprana, el tratamiento y el seguimiento de la desnutrición aguda mediante la administración del tratamiento y los protocolos de remisión, la capacitación del personal de salud y el mejoramiento de la vigilancia y la notificación, incluida la notificación diaria obligatoria de casos de desnutrición aguda grave.

Tras la tormenta tropical Agatha, en mayo del 2010, que mató a más de 150 personas en Guatemala y obligó a 27.000 damnificados a refugiarse en albergues, la OPS ayudó a detectar los casos de desnutrición en los albergues de ocho municipios del departamento de Totonicapán.

27. **Nicaragua**, al igual que Guatemala, sufrió una sequía entre el 2009 y el 2010; en este caso, la OPS logró promover la incorporación de determinadas intervenciones de nutrición en los planes de respuesta a desastres del equipo de coordinación de las Naciones Unidas en el país. El aporte de la Organización consistió en apoyar la lactancia materna exclusiva, la administración de suplementos de micronutrientes, el suministro de sales de rehidratación oral, el seguimiento del crecimiento de los niños pequeños y la vigilancia de las madres y los menores de 5 años para detectar cambios en el estado nutricional después de los desastres y tras la provisión de la asistencia alimentaria.

28. La OPS apoyó igualmente a la Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de **Belice** y al Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN) de **El Salvador**. La labor de la Organización abarcó un examen de la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional del 2001 y del plan de acción para el quinquenio 2005-2010 de Belice, así como el fortalecimiento de la capacidad del CONASAN para formular políticas públicas, crear ambientes sanos y protectores, fortalecer la participación social y reorientar los servicios de salud para enfatizar la seguridad alimentaria y nutricional, especialmente en los municipios con una prevalencia alta de desnutrición crónica.

29. La OPS continuó apoyando el trabajo de la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo, que se iniciara en el 2008. La Organización fue uno de los 14 miembros de un equipo técnico interinstitucional, y en esa función ayudó a establecer y difundir principios conceptuales y operativos para la alianza en diversos foros académicos y político-técnicos a nivel nacional y regional. A principios del 2010, se dio inicio a la formulación de intervenciones intersectoriales integradas para abordar los determinantes sociales de la nutrición en **Guatemala, El Salvador, Nicaragua** y el **Paraguay**. Estas intervenciones se ocupan de problemas que van desde el agua limpia y el saneamiento hasta la salud sexual y reproductiva, el ingreso y las condiciones de trabajo y la participación social y el empoderamiento.

30. Con respecto a la inocuidad de los alimentos, la OPS trabajó entre el 2009 y el 2010 en la promoción de la iniciativa *Cinco claves para la inocuidad de los alimentos*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como instrumento de capacitación y comunicación social para reducir los riesgos relacionados con la inocuidad de los alimentos en los países de la Región. En **Guatemala**, por ejemplo, la Organización ayudó a elaborar, con base en las *Cinco claves*, manuales para maestros y administradores de escuelas que posteriormente se adaptaron y se validaron en 12 escuelas primarias rurales y urbanas de cuatro departamentos. Con la experiencia de Guatemala como modelo, la OPS trabajó con el PMA, el INCAP y las autoridades sanitarias de **Belice, El Salvador** y **Honduras** para llevar a cabo proyectos similares en dichos países. La OPS también ha apoyado la aplicación de las *Cinco claves* en las escuelas rurales de las regiones del altiplano y el Chaco en **Bolivia**, al igual que en comunidades indígenas del Amazonas en **Venezuela**. En la actualidad, se pueden obtener los manuales en español, inglés y portugués.

31. La OPS prestó cooperación técnica para la formulación de políticas y planes sobre inocuidad de los alimentos en **Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, San Vicente y las Granadinas**, así como en los **Territorios de Ultramar del Reino Unido**. Además, el Centro de Epidemiología del Caribe de la OPS (CAREC) brindó cooperación técnica para fortalecer la vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos, la investigación de brotes y la capacidad en materia de laboratorios en 11 países del Caribe, a través de actividades de formación y la actualización de los protocolos de vigilancia integrada apoyada en laboratorios; la recolección de muestras, el transporte y el diagnóstico; y la notificación de agentes patógenos transmitidos por los alimentos.

32. Asimismo, la OPS apoyó las actividades emprendidas en **Cuba** para mejorar la gestión nacional de los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos mediante el mejoramiento de la detección, el diagnóstico y la respuesta, además de aquellas dirigidas a prevenir los brotes por medio de inspecciones sanitarias. Igualmente, la Organización brindó su apoyo a la estrategia “municipios productivos” en el país, que procura aumentar la producción de alimentos de origen animal y, al mismo tiempo, fortalecer la prevención, la vigilancia y el control de las zoonosis.

33. En la **República Dominicana**, la OPS apoyó las actividades de armonización de las leyes y reglamentos sobre inocuidad de los alimentos, así como la inspección y el control de riesgos relacionados con los alimentos, en el marco del Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos. En el **Ecuador**, la Organización contribuyó a elaborar guías e instrumentos para la vigilancia y la alerta temprana sobre brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos, como parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

34. Del mismo modo, en **Chile**, la OPS ayudó a la Agencia Chilena para la Inocuidad Alimentaria a elaborar un nuevo marco jurídico y su reglamento, que se debate actualmente en el parlamento chileno. Además, la Organización ayudó a Chile a atender inquietudes relacionadas con la inocuidad de los alimentos en las zonas afectadas por el terremoto y el tsunami de febrero del 2010. El trabajo consistió en usar las *Cinco claves* de la OMS para proporcionar capacitación y facilitar la promoción a nivel comunitario.

35. En los países de toda la Región, la OPS está apoyando la investigación como parte de la iniciativa de la OMS para calcular la carga mundial de enfermedades transmitidas por los alimentos. Este esfuerzo generará información más completa acerca de la etiología y el alcance de los brotes de estas enfermedades y de los factores de riesgo relacionados con la manipulación, preparación, distribución y consumo de alimentos. La información tiene por objeto ayudar a las autoridades a justificar las inversiones en este campo, establecer prioridades entre los problemas y mejorar las intervenciones sobre inocuidad de los alimentos. Entre el 2009 y el 2010, se iniciaron o terminaron estudios en **Dominica, Guyana, Granada, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad y Tabago**, así como en la **Argentina y Chile**, en colaboración con el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA). Los resultados finales del estudio de **Cuba** se publicaron en junio del 2010. Como parte de estas actividades, el CAREC organizó un taller subregional sobre el análisis de la carga de morbilidad, en noviembre del 2009, en el cual se capacitó a 18 participantes de nueve países y territorios del Caribe —**Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad**— en el uso de los datos de encuestas de sus propios países para calcular la carga de morbilidad por gastroenteritis aguda.

36. Entre el 2009 y el 2010, la OPS apoyó y promovió los “mercados saludables” en **Bolivia, Guyana, el Paraguay y la República Dominicana**. La asistencia de la Organización combinó capacitación en inocuidad de los alimentos con cooperación técnica en saneamiento básico, incluido el desecho de residuos sólidos y efluentes. Tal ha sido el éxito de esta iniciativa en Bolivia, que la misma se ha extendido a varios departamentos del país.

Construir ambientes seguros

37. La seguridad ambiental es un elemento presente desde hace mucho tiempo en la cooperación técnica de la OPS, que reconoce y aborda una amplia gama de riesgos ambientales para la salud, como el agua contaminada y los desechos sin tratar, las infestaciones de mosquitos y otros vectores de enfermedades, la exposición a productos químicos industriales y agrícolas y la vulnerabilidad a los desastres naturales u originados por el ser humano. Entre el 2009 y el 2010, las actividades de la Organización en este ámbito abarcaron desde la reducción de riesgos y la preparación para casos de desastre hasta la atención primaria del ambiente, la promoción de “espacios sanos” y medidas para proteger a los niños y trabajadores de la exposición a los riesgos ambientales.

Salud de los niños y los trabajadores

38. La OPS y otros organismos de las Naciones Unidas apoyaron a la **Argentina** en la elaboración del *Atlas del riesgo ambiental de la niñez*, publicado en el 2009, en el que se documentan la incidencia, la distribución y las fuentes de contaminantes ambientales que afectan la salud de los niños. Según el atlas, 58 por ciento de los niños que viven en la Argentina (más de 5 millones) corren el riesgo de quedar expuestos a contaminantes ambientales; la mayoría de ellos vive en zonas pobres sin acceso a servicios básicos de agua y saneamiento, y están expuestos a productos químicos industriales o agrícolas y a desperdicios. Como actividad subsiguiente al atlas, la Organización está ayudando a elaborar un manual de procedimientos y procesos para combatir la contaminación ambiental, junto con instrumentos para detectar y responder a los problemas de salud conexos a nivel local. La metodología se pondrá a disposición de otros países para que elaboren sus propios atlas de riesgos ambientales.

39. También en materia de salud ambiental de los niños, la OPS patrocinó un proyecto de cooperación técnica horizontal para la **Argentina** y **Chile**, que llevó a la creación de nuevas unidades ambientales pediátricas en dos hospitales de Chile y a la publicación conjunta de manuales, guías y demás material de apoyo para la capacitación en este ámbito.

40. Entre el 2009 y el 2010, la OPS facilitó la creación de un grupo consultivo técnico académico binacional para apoyar el Programa Ambiental México-Estados Unidos: Frontera 2012, coordinado por la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos y la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales de México. Con el apoyo de la Organización, el grupo formuló y puso en marcha un plan de acción para fortalecer la capacidad técnica de la Comisión de Cooperación Ecológica Fronteriza en el área de salud ambiental. El plan contemplaba la elaboración de un proyecto de investigación binacional multidisciplinario e interinstitucional para evaluar la vulnerabilidad de los niños en la región de El Paso del Norte a los riesgos para la salud relacionados con el cambio climático, la formulación de una estrategia de comunicación

de riesgos a la salud ambiental de los niños, y la capacitación para estudiantes de licenciatura y posgrado en la región de la frontera entre México y Estados Unidos en enfoques de equipos interdisciplinarios para atender la salud ambiental de los niños.

41. En **Colombia**, la OPS apoyó la labor de grupos de trabajo intersectoriales dirigidos por la Universidad Nacional de Colombia y el Secretario de Salud del departamento de Cundinamarca para formular una política departamental sobre la salud de los trabajadores y políticas locales para 11 municipios. La Organización también colaboró con el Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Ocupacionales de los Estados Unidos (NIOSH) y el Ministerio de la Protección Social de Colombia en la organización del Encuentro Regional para la Protección de la Salud de los Trabajadores del Sector Salud, que tuvo lugar en marzo del 2010.

42. En **Guyana**, la OPS colaboró con el Hospital Fuddie, el Hospital Regional de Demarara Occidental y el Hospital Público de Georgetown para establecer comités de salud y seguridad ocupacionales que se ocuparían de la salud de los trabajadores en el marco de las operaciones de los hospitales, incluida la inocuidad de las agujas y el manejo de residuos infecciosos. La Organización también ayudó a formular nuevas políticas sobre la salud y seguridad de los trabajadores sanitarios de la **República Dominicana**.

43. A fines del 2009, la OPS movilizó a expertos del NIOSH para que visitaran uno de los principales hospitales públicos de las **Bahamas** y realizaran una evaluación detallada de una infestación de moho. La visita permitió formular numerosas recomendaciones para resolver el problema y brindó la oportunidad de fortalecer capacidades en cuestiones de salud y seguridad de miembros de la gerencia y empleados del hospital, integrantes del sindicato y el personal del Departamento de Salud Ambiental del Ministerio del Ambiente de las Bahamas. Como consecuencia de la consulta, la Autoridad Hospitalaria de las Bahamas adoptó una serie de medidas correctivas para prevenir o eliminar el moho y la humedad y los peligros químicos y físicos, así como para promover la salud y la seguridad en general de los trabajadores y pacientes de los hospitales.

44. En **Trinidad y Tabago**, la OPS movilizó recursos humanos y financieros del Gobierno del **Canadá** en apoyo a las actividades de protección de la salud y la seguridad de los trabajadores de salud y el público durante dos reuniones internacionales celebradas en el 2009 que contaron con una nutrida participación: la Quinta Cumbre de las Américas y la Reunión de los Jefes de Gobierno de la Mancomunidad Británica de Naciones. La OPS ayudó a movilizar un equipo de la Universidad de Columbia Británica del Canadá y Vancouver Coastal Health para llevar a cabo una evaluación rápida y proporcionar capacitación para la vigilancia y el control de agentes patógenos respiratorios. La Organización también facilitó la adquisición de equipos de protección personal para los

trabajadores de salud y de gabinetes de bioseguridad para tres laboratorios. Además, se suministraron recursos financieros a cada una de las autoridades sanitarias regionales del país para elaborar y poner en práctica proyectos de ampliación de la capacidad local para la salud ocupacional y la prevención y el control de infecciones.

45. Entre el 2009 y el 2010, el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS ofreció la segunda edición de su Curso virtual sobre el trabajo y la salud, preparado conjuntamente con la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba, **Argentina**. El curso se dirige principalmente a educadores y funcionarios de salud pública de las unidades de recursos humanos de los ministerios de salud. La OPS apoyó además la organización de talleres y seminarios de actualización metodológica y técnica sobre la salud de los trabajadores en **Cuba**, así como cursos de capacitación y una guía de evaluación y control de riesgos ocupacionales en el **Ecuador** y **El Salvador**.

Atención primaria del ambiente

46. En el campo de la atención primaria del ambiente, la cooperación técnica de la OPS abarcó desde el apoyo a la formulación y ejecución de planes y programas de seguridad del agua hasta la participación de la comunidad en la creación de ambientes sanos.

47. La OPS, en colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas, patrocinó varios proyectos financiados con recursos del Fondo para el logro de los ODM dirigidos a fortalecer las políticas y la gestión de servicios de agua y saneamiento y riesgos ambientales, haciendo hincapié en la participación ciudadana. En el **Paraguay**, la Organización ayudó a movilizar la participación de ocho comunidades indígenas de la región del Chaco para hacer diagnósticos comunitarios de los riesgos ambientales y de vivienda. En el **Ecuador**, la OPS apoyó la formulación y puesta en marcha de un plan de vigilancia de la calidad del agua, además del fortalecimiento de las capacidades de las juntas administradoras de agua del país. En **Nicaragua**, la Organización ayudó a promover la promulgación de nuevas leyes que fomentaran el agua potable inocua, conjuntamente con grupos ambientalistas juveniles.

48. Asimismo, en **El Salvador**, la OPS prestó cooperación técnica para la planificación y gestión de las tareas de abastecimiento de agua, saneamiento, eliminación de residuos sólidos y protección de las fuentes de agua.

Preparación de Costa Rica en el tema ambiental

Costa Rica está expuesta a varios riesgos ambientales, como los fenómenos meteorológicos extremos, terremotos, erupciones volcánicas y productos químicos generados por las industrias. Estos diversos riesgos exigen al país —y a la cooperación técnica de la OPS— establecer prioridades entre las actividades de preparación y respuesta. Dado que 80 por ciento de las emergencias se relacionan con problemas de gestión de aguas pluviales, la OPS ha centrado su trabajo en el fortalecimiento de la capacidad en este ámbito. Esto ha incluido apoyo y capacitación para el personal del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el ICAA y la Cruz Roja, en coordinación con la Comisión Nacional de Prevención de Riesgo y Atención de Emergencias.

Entre el 2009 y el 2010, unos 60 funcionarios recibieron capacitación sobre la formación de equipos nacionales de respuesta, técnicas para la evaluación de daños y el análisis de necesidades de salud, gestión integrada de suministros y recopilación de información y toma de decisiones en centros especiales de coordinación sanitaria en caso de desastre (CCSD). La OPS también apoyó el mejoramiento de la gestión de las aguas pluviales por medio del Plan Nacional de Ordenamiento del Recurso Hídrico de Costa Rica y realizó un análisis de la situación de los riesgos relacionados con los servicios ambientales básicos. La Organización también ayudó al ICAA a elaborar un programa de higiene doméstica en conformidad con los compromisos de Costa Rica en el marco del Foro Centroamericano y de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento.

Entornos saludables

49. La OPS continuó brindando su apoyo a las iniciativas de entornos saludables en toda la Región, como comunidades saludables, lugares de trabajo saludables, escuelas saludables y el movimiento Ecoclub de centros juveniles.

50. En **Colombia**, la OPS colaboró con el PNUD, el UNICEF y la FAO en un proyecto financiado por el Fondo para el logro de los ODM dirigido a reducir las vulnerabilidades resultantes de la degradación del medio ambiente y el cambio climático en las zonas y los grupos de población más pobres y más afectados del país. La Organización ayudó a introducir las intervenciones de entornos saludables como medidas de adaptación al cambio climático en el ecosistema del Macizo Colombiano, y contribuyó además a las recomendaciones del Consejo Nacional de Política Económica y Social de Colombia (CONPES) sobre cambio climático.

51. La OPS ayudó a fortalecer las redes nacionales de escuelas saludables en algunos países, entre ellos **Chile**, **Cuba** y **Ecuador**. En **Chile**, la Representación de la OPS organizó un concurso para encontrar los mejores ejemplos de promoción de la salud en las escuelas. En **Cuba** y el **Ecuador**, la Organización ayudó a fortalecer y ampliar la afiliación a las redes nacionales de escuelas saludables. Ya para fines del 2009, la red del Ecuador contaba con 2.700 miembros, que representan 20 por ciento de las escuelas públicas del país.

52. En **Suriname**, la OPS patrocinó un proyecto de higiene escolar que dio inicio al Segundo Día Mundial del Lavado de Manos, el 15 de octubre del 2009. La meta era concientizar acerca de la importancia de la higiene de las manos entre los escolares, los profesores y sus comunidades para reducir las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas. La OPS ayudó a movilizar al sector privado —incluidos los distribuidores de jabones, las empresas de abastecimiento de agua y los laboratorios privados— para que prestaran apoyo financiero y en especie, ayudó a preparar material didáctico, facilitó la capacitación de 31 equipos escolares y ayudó a documentar el proyecto.

53. En **Panamá**, la OPS ayudó a movilizar a unos 3.000 jóvenes de más de 20 Ecoclubes en todo el país para emprender estudios sobre los determinantes sociales de la salud y llevar a cabo proyectos y actividades en la comunidad para proteger y mejorar el ambiente.

54. Con el objeto de promover los ambientes sanos, la OPS apoyó los preparativos y actividades de organización del Día Mundial de la Salud 2010, cuyo tema era el urbanismo y la vida sana. Entre las actividades más notables estuvo la Primera Feria Mundial de Municipios y Salud, organizada por la OPS y el Ministerio de Salud de la **Argentina** en Buenos Aires, en agosto del 2009. La conferencia de cuatro días atrajo a unos 5.000 participantes y proporcionó un foro de gran visibilidad para promover el desarrollo local participativo y sostenible y la importancia de “la salud en todas las políticas”.

55. También entre el 2009 y el 2010, la sede de la OPS en **Washington, D.C.**, adoptó la iniciativa OPS Verde y Saludable para reducir el impacto ambiental de la Organización. El Comité de Salud, Seguridad y Bienestar de la Organización tiene a su cargo la supervisión de esa actividad, que es un aporte al proyecto relativo a la sostenibilidad de las Naciones Unidas.

Control del tabaco

56. Entre el 2009 y el 2010, la OPS prestó cooperación técnica para ayudar a sus Estados Miembros a adoptar las medidas de control del tabaco recomendadas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). En **Venezuela**, por ejemplo, la OPS apoyó la consolidación de los planes y programas nacionales para la prevención y el control del tabaco en un marco jurídico que se ajustase a los términos del CMCT. La Organización apoyó a Venezuela en la aplicación del artículo 11 del CMCT relativo al empaquetado y etiquetado del tabaco, mediante la publicación de 10 advertencias sanitarias gráficas nuevas en el 2010. La Organización también aportó datos científicos en respaldo el aumento de los impuestos al tabaco y apoyó la elaboración de propuestas de ley que obligarían a convertir todos los lugares públicos y de trabajo en espacios libres de humo de tabaco, conforme al artículo 8 del CMCT.

57. Entre el 2009 y el 2010, tres países —**Trinidad y Tabago**, el **Paraguay** y el **Perú**— se convirtieron en países 100 por ciento libres de humo de tabaco, uniéndose así a otros cinco países libres de humo de la Región: el **Canadá**, **Colombia**, **Guatemala**, **Panamá** y el **Uruguay**.

58. En las **Bahamas**, la OPS organizó un taller de capacitación de instructores para un ensayo piloto de un nuevo módulo de formación de la OMS sobre el tratamiento de la dependencia al tabaco. Se capacitó a 43 participantes en la aplicación de los modelos “5A” (Averiguar, aconsejar, acordar, ayudar y acompañar) y “5R” (Relevancia, Riesgos, Recompensas, Resistencias y Repetición) y en la definición de tratamientos del tabaquismo basados en datos científicos, la evaluación de la dependencia a la nicotina, el tratamiento farmacológico y la prescripción de productos de reemplazo de nicotina. Al final de los talleres, los participantes recomendaron que las Bahamas adoptara medidas de control del tabaco a nivel de la población, como los lugares públicos y de trabajo libres de humo de tabaco, e incorporara el tratamiento de la dependencia al tabaco a los programas de capacitación de los profesionales de la salud en el lugar de trabajo.

Respuesta a los desastres

59. La cooperación técnica en curso de la OPS sobre preparativos para casos de desastre y reducción de riesgos ha arrojado frutos en los últimos años, como lo demuestra el creciente número de Estados Miembros de América Latina y el Caribe que pueden responder a las emergencias y desastres con sus propios recursos, sin pedir ayuda a la comunidad internacional. Esto se confirmó en el 2009 después de varios desastres naturales. Sin embargo, los terremotos en **Haití** y **Chile** a principios del 2010 constituyeron una excepción. En incidentes de tal magnitud, no existe grado de preparación que permita a los países responder con eficacia sin apoyo internacional.

El terremoto de Haití del 2010

60. El inmenso terremoto que golpeara a **Haití** el 12 de enero del 2010 ocasionó pérdidas extraordinarias de vidas e innumerables lesiones que precisaron intervenciones quirúrgicas y atención traumatológica. Los funcionarios informaron de más de 220.000 muertos y más de 300.000 lesionados. Casi 2 millones de personas perdieron sus hogares, y más de 500.000 buscaron refugio fuera de los departamentos más gravemente afectados. Muchas víctimas quedaron con discapacidades que exigen atención especializada. Seis meses después del terremoto, muchas de las personas que quedaron sin hogar permanecían en albergues o campamentos, causando hacinamiento y malas condiciones sanitarias que aumentan el riesgo de contraer enfermedades transmitidas por el agua, el aire y vectores e incrementan la posibilidad de que se produzcan brotes epidémicos.

61. En los tres departamentos más afectados (Oeste, Sudeste y Nippes), 60 por ciento de los hospitales sufrieron daños graves o quedaron destruidos, incluido el único hospital nacional docente y de referencia de Haití. El edificio del Ministerio de Salud de Haití se derrumbó, causando la muerte a 200 miembros de su personal.

62. Después del terremoto, la OPS complementó su personal básico en el país, de 52 funcionarios, con más de 60 expertos internacionales en gestión de desastres, logística, epidemiología, vigilancia, control de enfermedades transmisibles, agua y saneamiento, salud neonatal, salud mental y rehabilitación, entre otras especialidades. La Organización estableció una oficina de campo en Jimaní, República Dominicana, como centro logístico y de apoyo a los establecimientos de salud locales, donde se recibieron a más de 3.000 pacientes en los primeros días. El equipo del Sistema de Apoyo Logístico (LSS/SUMA) de la OPS prestó apoyo crítico para la recepción, clasificación y distribución de las ingentes cantidades de suministros humanitarios que llegaron a las bases de operaciones en Jimaní, el depósito de PROMESS administrado por la OPS en el aeropuerto de Puerto Príncipe y, posteriormente, la terminal portuaria de Puerto Príncipe.

63. En su calidad de organismo coordinador del Grupo de Acción Sanitaria organizado por las Naciones Unidas, la OPS desempeñó una función esencial en la coordinación y determinación de prioridades entre las actividades de socorro en el sector de la salud. Entre sus aportes más importantes se cuentan la coordinación de los equipos de personal médico extranjero y los consultorios móviles. La Organización ayudó a las autoridades sanitarias haitianas a definir un conjunto básico de servicios de salud que prestarían los consultorios móviles de forma gratuita, organizó un sistema de remisión para facilitar el acceso a los servicios a diferentes niveles de atención, estableció un sistema de información para llevar un registro de las actividades de los consultorios y coordinó la integración de diferentes actores que trabajaban en los consultorios móviles.

64. En la fase de reconstrucción, la OPS también ha ayudado a las autoridades sanitarias a establecer un programa de capacitación para la eliminación de desechos en los albergues y un sistema de registro para que los pacientes que regresan a Haití desde la República Dominicana reciban atención de seguimiento adecuada. La Organización también está ayudando al Ministerio de Salud de Haití a capacitar al personal en la prestación de servicios de rehabilitación y, en coordinación con la organización no gubernamental Love a Child, ha apoyado la evaluación de las necesidades de los pacientes con amputaciones u otros traumatismos ocasionados por el terremoto.

65. Durante la fase de respuesta, la OPS también apoyó a la República Dominicana, que facilitó unos \$28 millones en servicios asistenciales por medio de su red de servicios públicos a más de 18.000 haitianos afectados. El apoyo de la OPS comprendió ayuda administrativa, logística y técnica en áreas como la organización de los servicios de salud, epidemiología, agua y saneamiento e información y comunicación.

66. Las actividades de la OPS en Haití contaron con el apoyo del **Canadá** (por intermedio de la ACDI), la Comisión Europea (a través de ECHO), Italia, Japón, **España** (por medio de la AECID), el Reino Unido (a cargo del DFID), los **Estados Unidos** (con la AID), el Banco Mundial, el CERF, el Principado de **Mónaco**, la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, la Asociación Japonesa de Jardines de Infancia Privados y la compañía EISAI Co. Ltd., entre otros.

Respuesta al desastre de Chile

67. El terremoto que sacudió a **Chile** el 27 de febrero del 2010, de una magnitud de 8,8 grados, afectó a seis regiones en las que vive 80 por ciento de la población del país. El terremoto y el tsunami que le siguió reclamaron más de 500 vidas, afectaron a cerca de 2 millones de personas y causaron US\$ 30 mil millones en daños (17 por ciento del PIB de Chile). En el sector de la salud, 79 hospitales se vieron afectados (60 por ciento del total), de los cuales 54 tuvieron que ser reparados y 17 quedaron inservibles. El gobierno de Chile calculó los costos de reconstrucción del sector de la salud en US\$ 180 millones.

68. La OPS colaboró estrecha y activamente con las autoridades chilenas y otros organismos de las Naciones Unidas como miembro del equipo de coordinación de las Naciones Unidas inmediatamente después del desastre. La Organización movilizó a expertos internacionales en desastres, infraestructura hospitalaria, salud ambiental, salud mental y comunicación de masas para apuntalar la respuesta de Chile. También coordinó la donación de 175.000 dosis de la vacuna contra la hepatitis A y 5.000 dosis de la vacuna antineumocócica, la compra de un centro de vacunación móvil y US\$ 1,5 millones en equipos biomédicos y generadores eléctricos, así como la distribución de 30.000 guías sobre la prevención de enfermedades después de los desastres.

69. Un aporte indispensable de la OPS fue su apoyo a la elaboración y ejecución de un plan integral de salud ambiental después del terremoto, que incluía medidas relacionadas con el agua potable inocua, la gestión de residuos, el control de vectores, la inocuidad de los alimentos y la higiene. La Organización también ayudó a ejecutar un plan de acción sobre salud mental y ayudó al Servicio Nacional de la Discapacidad de Chile a formular una estrategia y preparar un manual sobre la atención de personas con discapacidades después de los desastres.

70. Además, la OPS movilizó más de US\$ 2,8 millones de la Comisión Europea (por medio de ECHO), el **Canadá** (a través de la ACDI), el CERF y el Gobierno de Japón en apoyo a proyectos de reconstrucción y fortalecimiento de la red de salud y para reducir el riesgo de problemas de salud pública.

Hospitales seguros

71. El lema al que se dedicó el Día Mundial de la Salud 2009, “Cuando ocurre un desastre, los hospitales seguros salvan vidas”, renovó la visibilidad y el ímpetu de la iniciativa Hospitales Seguros de la OPS. En septiembre del 2009, el 49.º Consejo Directivo de la OPS debatió este tema en una mesa redonda. En su informe final, el Consejo señaló que más de 67 por ciento de los casi 18.000 hospitales de América Latina y el Caribe están ubicados en zonas de alto riesgo de desastres y que muchos de estos establecimientos han quedado inservibles después de grandes terremotos, huracanes e inundaciones. La consecuencia es que, durante años, más de 45 millones de personas no han recibido la atención hospitalaria que necesitan y las pérdidas económicas directas por la destrucción de la infraestructura y el equipo probablemente hayan superado los US\$ 4 mil millones en el último cuarto de siglo.

72. El informe de la mesa redonda del 2009 avaló formalmente un plan de acción de la OPS de apoyo y seguimiento a los esfuerzos de los Estados Miembros para promover los hospitales seguros. El plan exhorta a todos los Estados Miembros a establecer programas nacionales de hospitales seguros, crear sistemas de información para llevar un registro de reparaciones y construcciones, establecer mecanismos de supervisión de todos los establecimientos de salud nuevos, incorporar medidas de mitigación a la nueva infraestructura sanitaria y velar por que los establecimientos de salud actuales se modernicen para que sean más seguros en casos de desastre.

73. Entre el 2009 y el 2010, la OPS apoyó las actividades emprendidas en el marco del citado plan en los países siguientes: **Argentina, Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana**, y las islas caribeñas de **Anguila y San Vicente y las Granadinas**. El trabajo de la OPS en materia de hospitales seguros mereció el apoyo del **Canadá** (por medio de la ACDI), la Comisión Europea (a través de DIPECHO), **España** (mediante la AECID), **Estados Unidos** (a cargo de la AID), el Banco Mundial y la EIRD.

Uso del Índice de Seguridad Hospitalaria

Para mediados del 2010, se había aplicado el Índice de Seguridad Hospitalaria (elaborado por la OPS en consulta con expertos en reducción de riesgos) en 327 hospitales de 27 Estados Miembros y territorios de la OPS, conjuntamente con una versión adaptada del índice utilizada para establecimientos de salud de nivel inferior. Con este índice, equipos de evaluadores debidamente capacitados pueden calcular las probabilidades de que un hospital o centro de salud siga funcionando en caso de desastre o emergencia, mientras que los funcionarios pueden jerarquizar las inversiones que se necesiten para mejorar la seguridad de dichos establecimientos.

A la fecha, el uso del Índice de Seguridad Hospitalaria ha revelado que solo 39 por ciento de los hospitales evaluados en América Latina y el Caribe tienen probabilidades altas de seguir funcionando

en situaciones de desastre. Quince por ciento requiere atención inmediata porque es posible que no puedan protegerse las vidas de los pacientes y el personal en un desastre. El índice también indica que la mayor parte de los establecimientos hospitalarios y asistenciales son más vulnerables a problemas de operación que a fallas estructurales.

Entre el 2009 y el 2010, la **Argentina, Belice, Bolivia, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Panamá, el Paraguay, el Perú, la República Dominicana, Suriname y Trinidad y Tabago** aplicaron el Índice de Seguridad Hospitalaria, recibieron capacitación para usarlo o adoptaron medidas para abordar los elementos vulnerables detectados mediante su aplicación. Se está usando una versión adaptada del índice en una nueva iniciativa de seguridad escolar patrocinada por la Vicepresidencia de **Guatemala**. La OPS sigue promoviendo el índice como instrumento para evaluar y mejorar los casi 17.000 hospitales de la Región.

Seguridad centrada en el ser humano

74. La cooperación técnica de la OPS ha venido creciendo en varios campos que afectan la salud, pero que caen fuera de las esferas esenciales de control y prevención de enfermedades. Destacan entre estos esfuerzos las actividades dirigidas a abordar los determinantes sociales de la salud, como se describe en algunos de los ejemplos anteriores, así como programas e intervenciones relacionados con problemas como la violencia intrafamiliar y de género, el estigma y rechazo de los homosexuales y la salud mental. Todos estos problemas inciden directamente sobre cómo las personas entienden la seguridad humana y su propia situación de seguridad, por lo que la OPS y sus Estados Miembros han formulado y puesto en práctica intervenciones eficaces de salud pública en respuesta a los mismos.

Violencia de género

75. La violencia de género es un problema de salud pública grave en la Región de las Américas y un gran obstáculo para la seguridad personal. Aunque los datos no son exhaustivos, los estudios existentes indican que casi la mitad de las mujeres de América Latina han sido víctimas de la violencia o amenazadas con la violencia. Entre el 2009 y el 2010, la OPS creó el cargo de Asesor Regional sobre Violencia Intrafamiliar y continuó apoyando las actividades de los Estados Miembros para reducir la violencia de género e intrafamiliar. Las actividades incluyeron talleres nacionales y subregionales en **Guatemala, México y Jamaica** sobre prevención de la violencia sexual y de pareja y sobre seguimiento y evaluación de programas para combatir la violencia contra la mujer.

76. Además, la OPS publicó varios informes sobre la violencia sexual y de pareja en la Región. Entre ellos se cuentan la traducción al español de *Horas infelices: alcohol y violencia doméstica en las Américas*; la segunda edición de *Fortaleciendo la respuesta del sector salud a la violencia basada en género: Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo* (junio del 2010), publicado en

cooperación con la Federación Internacional de Planificación de la Familia; y *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe* (junio del 2010), un análisis teórico publicado junto con la Iniciativa de Investigación en Violencia Sexual, el FNUAP y el Ipas.

77. En **Barbados**, la OPS apoyó los esfuerzos de las oficinas de género en los países y territorios del **Caribe Oriental —Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía—** para realzar las cuestiones relativas al género e incorporar a los hombres como parte de la solución a las desigualdades de género, y en especial la violencia.

78. En **El Salvador**, la OPS apoyó la ejecución de un Plan Nacional de Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar, que se basa en un enfoque en el cual se integran la salud, la educación y los sectores judiciales, así como la sociedad civil. Los logros principales entre el 2009 y el 2010 fueron el fortalecimiento de cuatro centros de tratamiento especializado en diferentes partes del país, un proyecto de investigación sobre violencia intrafamiliar e infección por el VIH, la incorporación de normas para combatir la violencia contra la mujer y la violencia sexual en el programa de salud familiar del Ministerio de Salud y el fortalecimiento de una red de acción contra la violencia de género.

79. Asimismo, en el **Ecuador**, la OPS colaboró con el UNIFEM en la elaboración y difusión de normas y protocolos nuevos para el tratamiento y la atención integrados de víctimas de la violencia de género, familiar y sexual como parte del Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género hacia la Niñez, Adolescencia y Mujeres.

80. La OPS también apoyó el programa conjunto de las Naciones Unidas “Consolidando la paz en **Guatemala** mediante la prevención de la violencia y gestión del conflicto”, un proyecto de tres años financiado con recursos del Fondo para el logro de los ODM y con el apoyo del PNUD, el UNICEF, ONU-Hábitat, la UNESCO, el FNUAP y las autoridades nacionales. Entre el 2009 y el 2010, la OPS emprendió la actualización de los protocolos para la atención y el manejo de víctimas de la violencia y colaboró con las autoridades policiales, judiciales y sanitarias en la debida aplicación de los marcos jurídicos, en particular con respecto a la violencia de género. Este trabajo también recibió el apoyo de Suecia (por medio de la ASDI).

81. En **Haití**, la OPS llevó a cabo una evaluación de necesidades de la respuesta del sector de la salud para los sobrevivientes de la violencia y definió las áreas básicas de intervención para orientar la cooperación técnica en este campo.

82. Con el apoyo de Noruega (por medio de NORAD), la OPS ayudó a las organizaciones de mujeres de **Nicaragua** en sus actividades de prevención y respuesta a

la violencia intrafamiliar, que costó la vida a 79 mujeres nicaragüenses durante el 2009. La Organización también colaboró con el Ministerio de Salud de Nicaragua a fin de fortalecer su capacidad para responder a la violencia mediante la adopción y la aplicación de normas y mediante esfuerzos conjuntos con organizaciones comunitarias y de mujeres. Igualmente, la OPS está apoyando los esfuerzos por mejorar el acceso a la justicia de las mujeres nicaragüenses que son víctimas de la violencia.

83. En el **Paraguay**, la OPS forma parte de un equipo interinstitucional encargado de elaborar planes de acción para incorporar la prevención y el tratamiento de la violencia a la atención sanitaria de emergencia en seis hospitales de referencia que se especializan en atención maternoinfantil. El equipo ha elaborado y ayudado a aplicar protocolos para mejorar el tratamiento acordado a las víctimas de violencia sexual e intrafamiliar en los servicios de salud del país.

84. De igual forma, en **Cuba**, la OPS colaboró con el equipo de salud mental del Ministerio de Salud para impartir capacitación a los profesionales de la salud en el diagnóstico, la remisión de casos y el tratamiento de la violencia y para promover los cambios de actitud y prácticas, así como proporcionar conocimientos sobre cómo dispensar atención a las familias que padecen este tipo de violencia.

La violencia en el sector de la salud

La OPS apoyó los esfuerzos de **Jamaica** para comprender y abordar el problema de la violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud, incluidas la violencia, la intimidación y otras formas de presión psicológica. Un estudio indicó que 71 por ciento de los enfermeros y médicos de dos hospitales de Kingston declararon haberse encontrado con pacientes o familiares violentos o amenazantes por lo menos una vez el año anterior. Otros estudios indican que tales problemas son un factor importante de la migración de personal de enfermería en todo el Caribe. En Jamaica, los trabajadores de la salud estuvieron expuestos a hechos de violencia con riesgo de muerte por armas de fuego y grandes multitudes amedrentadoras que se concentraron alrededor de los hospitales durante los disturbios recientes. En el 2010, la OPS organizó un taller sobre la violencia de género y en el lugar de trabajo en el sector de la salud y solicitó propuestas para investigar estos problemas. Actualmente, siete estudios financiados por la OPS están en marcha en hospitales, centros de atención de salud y en el terreno. La Organización también está apoyando la formulación de un proyecto de política nacional sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud y un plan de trabajo para su ejecución.

En un esfuerzo similar, la OPS ayudó al **Uruguay** a elaborar una metodología para recoger datos primarios sobre la violencia de género en sus servicios de salud.

Estigma y rechazo de los homosexuales

85. El problema de la homofobia y el estigma de las personas sexualmente diversas es una amenaza importante a la seguridad personal y contribuye, además, a la propagación de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. La discriminación contra estas personas ha disminuido en la Región, pero sigue siendo un problema. Entre el 2009 y el 2010, la OPS proporcionó asistencia técnica y colaboró en la promoción de los derechos humanos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgénero y las personas infectadas con el VIH, tanto en el sector de la salud como en la sociedad en general.

86. La OPS apoyó los esfuerzos de los países y territorios del Caribe Oriental (**Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía**) por combatir el estigma relacionado con la infección por el VIH en los servicios de salud, reducir las barreras al acceso a los servicios y aumentar el acceso a las pruebas de detección del VIH.

87. La OPS ayudó al Ministerio de Salud de la **Argentina** a elaborar una nueva guía para proporcionar asistencia sanitaria a las personas transgénero, titulada *Salud, VIH/sida y sexualidad trans*. La Organización también colaboró con la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA) en la prevención de la infección por el VIH y le ayudó a difundir el video Translatina, que ilustra las vidas de las personas transgénero en América Latina.

88. En **Guatemala**, la OPS apoyó los esfuerzos dirigidos a reducir el rechazo a los homosexuales y ayudó a promover los temas de diversidad sexual en los programas de salud y derechos humanos del país. La Organización proporcionó asistencia técnica y financiera a organizaciones no gubernamentales que trabajan en este campo, incluida la capacitación en administración y gestión de proyectos. Además, apoyó una campaña que llevó a cabo la Red Nacional de la Diversidad Sexual y VIH de Guatemala, que contenía anuncios de servicio a la comunidad para sensibilizar al público ante estos temas. La OPS también ayudó a mejorar el tratamiento clínico de las personas infectadas por el VIH y de los grupos sexualmente diversos mediante el mejoramiento de la infraestructura de los consultorios y los equipos, así como la validación de los modelos para atender las necesidades especiales de estas personas.

89. En **Belice**, la OPS brindó respaldo y orientación a un grupo de apoyo recién establecido para las personas infectadas por el VIH, y ayudó al United Belize Advocacy Movement (grupo de defensa de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero) a fortalecer su capacidad institucional y preparar un proyecto de plan estratégico.

90. En **Costa Rica**, la OPS colaboró con el ONUSIDA para brindar capacitación y otros tipos de apoyo a organizaciones de la sociedad civil que promueven asuntos de interés para los grupos sexualmente diversos. La OPS también organizó actos para concientizar a los funcionarios públicos sobre estos asuntos y promover el respeto a la diversidad de género. Asimismo, en **Cuba**, la Organización colaboró con otros organismos de las Naciones Unidas y entes nacionales para elaborar estrategias de lucha contra la homofobia y la violencia de género e intrafamiliar mediante cursos y talleres, actividades culturales, campañas de comunicación social y difusión de las prácticas más apropiadas.

91. Con el apoyo de Noruega (por medio de NORAD), la OPS promovió la armonización de las políticas, planes y leyes sobre la salud sexual y del adolescente con los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por los Estados Miembros de la Organización. Entre las actividades destacaron la organización de talleres sobre salud sexual y derechos humanos en **Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá** y la **República Dominicana** y el apoyo a la reforma de la ley nacional de Guatemala sobre el VIH para que concuerde con los tratados de derechos humanos y las normas de las Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos. Además, la OPS colaboró con los ministerios de salud, los parlamentos y los tribunales de la **Argentina, Honduras** y el **Perú** con información técnica sobre anticonceptivos de emergencia de una manera compatible con las observaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas.

92. En el **Paraguay**, la OPS apoyó la incorporación de las perspectivas de derechos humanos, género y no discriminación en las escuelas de salud pública del país mediante el proyecto “Marco rector pedagógico para la educación de la sexualidad en el sistema educativo paraguayo”.

Salud mental

93. Así como la salud mental es parte integrante de la salud del ser humano —como se consagra en la Constitución de la OMS— también es un componente fundamental de la seguridad personal. Esto se constata con la incorporación, por parte de la OPS, de estas inquietudes relativas a la salud mental en sus actividades de respuesta a situaciones de emergencia y desastres y sus programas para combatir la violencia intrafamiliar y de género.

94. Los problemas de salud mental son materia de gran interés para la salud pública de América Latina y el Caribe. Más de 125 millones de personas sufren de algún tipo de trastorno mental, pero menos de la mitad tiene acceso a tratamiento. El desafío en esta esfera estriba en mejorar el acceso a servicios adecuados en los países de toda la Región.

El progreso en este sentido comenzó en el 2009, cuando el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Estrategia y Plan de acción sobre salud mental. Al avalar el plan, los países se comprometieron a integrar la salud mental a sus políticas y programas de salud y a promover reformas y otros cambios que reflejaran la adopción de un nuevo enfoque frente a los problemas psicosociales.

95. En respaldo a estos esfuerzos, la OPS colaboró estrechamente con sus Estados Miembros entre el 2009 y el 2010 para incluir políticas sobre salud mental en los planes nacionales de salud y fortalecer el modelo de atención comunitaria en sustitución del modelo curativo tradicional. Un ejemplo de esta labor es el proyecto de cooperación técnica entre Estados Miembros de la OPS, en el cual participaron **Cuba, El Salvador y Guatemala**, con la finalidad de descentralizar los servicios de salud mental y transferirlos de los entornos hospitalarios a la atención primaria a nivel de la comunidad.

96. La OPS también prestó apoyo a los cambios legislativos para fomentar la reforma en materia de salud mental. En la **Argentina**, la OPS apoyó a los legisladores tanto en la redacción de una nueva ley nacional de salud mental como en la presentación del proyecto ante los comités de salud del Congreso y durante los debates y deliberaciones posteriores. Asimismo, en **Belize**, la Organización ayudó a elaborar una política nacional de salud mental y sus respectivas leyes de apoyo, así como un plan nacional de salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia. También colaboró con el Ministerio de Salud de **Trinidad y Tabago** para actualizar y mejorar las leyes sobre la salud mental, alentándolo a adoptar un enfoque de derechos humanos. La OPS también ayudó a dicho ministerio a aplicar un nuevo método integrado de prestación de servicios de salud mental y promovió ante el Ministerio de Educación y la Confederación Consultiva de Empleadores del sector privado la adopción de estrategias para fomentar la salud mental en el lugar de trabajo.

97. La OPS colaboró con las secretarías de salud de **México** y del estado de Chihuahua en la organización de un taller que se efectuó en Ciudad Juárez sobre la atención de salud mental para personas afectadas por la violencia. Con un promedio anual de 139 homicidios por 100.000 habitantes, Ciudad Juárez acusa una de las tasas de homicidios más altas del mundo. El taller, que se celebró con el apoyo financiero de los **Estados Unidos** (por medio de la AID), se centró en la atención integral de salud mental basada en modelos comunitarios y de atención primaria que incorporan enfoques de género y derechos humanos.

98. También entre el 2009 y el 2010, la OPS movilizó a expertos en salud mental para apoyar la respuesta de **México** al brote de la gripe por A (H1N1), e igualmente los incluyó en su equipo de respuesta a los desastres tras los terremotos de **Chile y Haití**.

99. Finalmente, la OPS colaboró con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de **Chile** en la elaboración de un nuevo programa de diplomado en gestión de servicios de salud mental, que ofreció por medio del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS, y siguió prestando apoyo técnico para la realización de auditorías integrales de los sistemas de salud mental, que se han concluido en 20 Estados Miembros (informes disponibles en el sitio www.paho.org).

Seguridad de la comunidad

100. La violencia y las lesiones son importantes factores de inseguridad en América Latina y el Caribe. El reciente aumento de la violencia en muchos países ha repercutido adversamente sobre el desarrollo humano y la gobernanza democrática. No obstante, la Región de las Américas ha resultado suelo fértil para las políticas, estrategias e intervenciones que procuran prevenir la violencia y las lesiones mediante la resolución de sus factores de riesgo. La OPS prestó apoyo a varias iniciativas en esta materia entre el 2009 y el 2010.

101. En **Jamaica**, la OPS se unió a la Alianza para la Prevención de la Violencia para celebrar el Día Internacional de la Paz 2009, con actividades para los hombres jóvenes, que es el grupo más seriamente afectado por la violencia en ese país, tanto en calidad de agresores como de víctimas. La celebración alentó a los jóvenes a derribar las barreras y concentrarse en los denominadores comunes, en lugar de acentuar lo que ven como sus diferencias. La OPS patrocinó un evento deportivo para hombres jóvenes, así como la producción de material didáctico que se distribuyó durante el acto. También en Jamaica, la Organización se alió con el Consejo de Servicios Sociales Voluntarios para impartir capacitación en materia de resolución de conflictos entre jóvenes, en beneficio de las organizaciones no gubernamentales que participan en la prestación de servicios de prevención de la violencia en las comunidades.

102. En las **Bahamas**, un participante del Programa de Líderes en Salud Internacional de la OPS comenzó un estudio sobre la epidemiología de la violencia entre los jóvenes del país. El estudio es una respuesta a la incidencia creciente de lesiones producto de la violencia, que afectan de manera desproporcionada a los jóvenes de 15 a 24 años de edad. Los resultados arrojarán luz sobre los determinantes de la violencia, sus consecuencias y su interacción a escala nacional, regional e internacional, con la finalidad de aportar datos científicos para la formulación de políticas y programas.

Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad de los Seres Humanos

Entre el 2009 y el 2010, la OPS trabajó con otros organismos de las Naciones Unidas en varios proyectos de seguridad en la comunidad que fueron financiados por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad de los Seres Humanos y patrocinados por el Gobierno de Japón.

En **Bolivia**, la OPS colaboró con el FNUAP y el UNICEF para promover la seguridad humana entre los adolescentes en 20 municipios de Cochabamba y Beni. El proyecto reunió a miembros de los sectores de la educación, la salud y la justicia para aplicar intervenciones dirigidas a empoderar a la juventud, promover los derechos sexuales y reproductivos y prevenir la violencia y los embarazos precoces. La Organización también ayudó a fortalecer la capacidad del personal de salud para proporcionar asistencia sanitaria de calidad a los adolescentes.

En el **Brasil**, la OPS siguió trabajando con el UNICEF, la UNESCO y el FNUAP en un proyecto cuyo fin es reducir la violencia y promover una cultura de paz en la ciudad de São Paulo, con la presentación de experiencias “humanizadoras” en salud, educación y acción comunitaria. El proyecto de tres años reúne a expertos de las Naciones Unidas con funcionarios municipales que trabajan en salud, educación y servicios sociales, así como representantes de la comunidad y adolescentes para que intercambien ideas y promuevan el fortalecimiento de capacidades con el objeto de que las personas, familias y comunidades influyan sobre las políticas públicas y hagan frente a las amenazas a la seguridad humana.

En **El Salvador**, la OPS trabajó con el PNUD, el UNICEF y la OIT en un proyecto para fortalecer la seguridad humana mediante el fomento de la coexistencia pacífica y el mejoramiento de la seguridad de los ciudadanos en tres municipios del Departamento de Sonsonate. La Organización promovió un método integrado contra la violencia intrafamiliar y sexual en colaboración con trabajadores de salud y miembros de las fuerzas del orden y de la comunidad para mejorar el tratamiento acordado a las víctimas, crear mayor conciencia en cuanto a las medidas preventivas, promover la denuncia de la violencia intrafamiliar y sexual por parte de la comunidad, conformar sistemas de información sobre la violencia y formar grupos de apoyo a las víctimas. Como parte del mismo proyecto, la OPS también prestó cooperación técnica en seguridad vial (véase más adelante).

En **Honduras**, la OPS trabajó con el PNUD, el UNICEF, la FAO, ACNUR y el FNUAP en el Programa Conjunto de Apoyo a la Seguridad Humana en Honduras. El proyecto contemplaba el fortalecimiento institucional de los municipios participantes, la creación de redes de jóvenes y microempresas para jóvenes y la prevención de la violencia por medio de las Ferias Expo Paz y marchas por la paz para movilizar a los jóvenes y a otros actores e instituciones locales.

103. También en **El Salvador**, la OPS trabajó en coordinación con el PNUD, el UNICEF, el FNUAP y la OIT en el programa conjunto Reducción de la Violencia y Construcción de Capital Social, financiado con recursos del Fondo para el logro de los ODM. La Organización ayudó a realizar un diagnóstico sobre la recopilación, el análisis y la diseminación de información relacionada con la violencia y la delincuencia con miras a fortalecer estos procesos y fundamentar la formulación de políticas y la planificación en materia de prevención de la violencia. La OPS también apoyó la investigación de la violencia a nivel nacional y ayudó a crear espacios y mecanismos de participación y expresión de la juventud, como por ejemplo, lugares especiales de reunión para jóvenes en los centros de salud locales.

104. Con el apoyo de Suecia (por medio de la ASDI), la OPS produjo un CD de autoorientación dirigido a fortalecer las aptitudes de los proveedores de atención primaria de salud para trabajar con jóvenes en asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva. El módulo se ha aplicado en Nicaragua y Honduras para fortalecer la capacidad de una masa crítica de proveedores de servicios. La OPS también creó un CD para promotores jóvenes, “Aventuras a lo desconocido”, que capacita a instructores para que sean facilitadores de intervenciones que permitan a los jóvenes explorar y aprender a optimizar sus opciones para el futuro al tiempo que evitan las infecciones por el VIH y de transmisión sexual y los embarazos no intencionales.

105. En el 2010, la OPS firmó un convenio con la Oficina Regional del PNUD para América Latina y el Caribe para colaborar en la promoción de la seguridad humana en **Centroamérica** mediante actividades de prevención de la violencia, seguridad vial, preparación para casos de desastre y cambio climático. La OPS y el PNUD convinieron en elaborar un plan de acción para detectar y reducir las amenazas a la seguridad humana en cada país, mejorar la información y los conocimientos sobre la seguridad humana mediante el intercambio de experiencias y prácticas más apropiadas y fortalecer la capacidad institucional para trabajar en este campo por medio de la coordinación, capacitación y promoción de iniciativas conjuntas.

106. La OPS también prestó apoyo al sistema de vigilancia de traumatismos “Rede VIVA” del **Brasil**, que recopila información sobre la violencia por intermedio de centros centinela en los servicios de salud y encuestas anuales.

Seguridad vial

107. La labor de la OPS a favor de la seguridad vial entre el 2009 y el 2010 incluyó dos publicaciones, *Defensa del transporte público seguro y saludable* y el *Informe sobre el estado de la seguridad vial en la Región de las Américas*, así como la difusión del *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial* en reuniones importantes de seguridad vial celebradas en la **Argentina**, el **Brasil**, **Colombia** y **Panamá**. Estos informes revelan que los traumatismos causados por accidentes de tránsito se ubican entre las primeras causas de mortalidad en la Región, principalmente en el grupo de personas de 5 a 44 años de edad, entre quienes se pierden anualmente 142.252 vidas y se lesionan más de 5 millones. Las actividades más resaltantes de la cooperación técnica de la OPS en este campo entre el 2009 y el 2010 figuran a continuación.

108. En **Costa Rica** —el país con el gasto per cápita más alto de la Región en seguridad vial— la OPS apoyó las actividades del Consejo de Seguridad Vial (COSEVI) para evitar accidentes de tránsito, en particular entre los jóvenes. La OPS también colaboró con el COSEVI y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia para promover la aprobación de una ley que redujera el límite de alcohol en la sangre de los

conductores, formular una nueva política nacional sobre bebidas alcohólicas y prevenir el consumo de bebidas alcohólicas entre los menores.

109. En **El Salvador**, la OPS apoyó la ejecución de un nuevo plan nacional de seguridad vial en colaboración con miembros del Comité Nacional de Seguridad Vial, en el cual participan la Policía Nacional Civil, el Ministerio de Gobierno, el Ministerio de Salud y los gobiernos municipales. Entre las actividades se cuentan el establecimiento de un sistema de vigilancia de accidentes de tránsito, el fortalecimiento de la observancia de los límites de velocidad y otras reglas de tránsito, la elaboración de una guía técnica sobre atención de emergencia a víctimas de accidentes en la vía pública y de la violencia, así como educación en seguridad vial para niños y jóvenes sobre 11 puntos críticos de accidentalidad vial. Las actividades contaron con el apoyo parcial del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad de los Seres Humanos (véanse también párrafos precedentes).

110. En **Cuba**, la OPS colaboró con el Ministerio de Transporte y el Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación para promover la seguridad vial mediante actividades comunitarias dirigidas a los niños y adolescentes.

111. La OPS también patrocinó un proyecto del Ministerio de Salud del **Brasil** dirigido a reducir las muertes y lesiones por accidentes de tránsito aportando financiamiento a los municipios para planificar actividades en este ámbito. Además, la OPS está apoyando la participación del Brasil en el proyecto internacional de seguridad vial en 10 países, financiado por la Fundación Bloomberg. Las actividades del Brasil se centrarán en disminuir la conducción bajo la influencia del alcohol y en controlar la velocidad en las ciudades de Palmas, Teresina, Belo Horizonte, Curitiba y Campo Grande.

112. En **Trinidad y Tabago**, la OPS apoyó el lanzamiento, en el 2010, de la EVIPNet nacional y patrocinó un taller de capacitación sobre el desarrollo de sinopsis de políticas para la prevención de la violencia y las lesiones.

113. La OPS también apoyó un estudio sobre las repercusiones económicas de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en **Belize** y ayudó a analizar los datos sobre muertes y lesiones por incidentes viales en las principales ciudades del **Ecuador**.

Participación y protección social

114. Los esquemas de protección social conforman el mecanismo más amplio establecido en la Región de las Américas para velar por la seguridad humana, y la protección de la salud es una parte fundamental de dichos esquemas. Entre el 2009 y el 2010, la OPS apoyó el empeño de los países en fortalecer los esquemas de protección social con la formulación y aplicación de políticas, leyes y programas destinados a eliminar la exclusión, garantizar el acceso equitativo a productos, servicios y tecnologías

en salud y establecer la salud como un derecho humano universal. Gran parte de la labor de la OPS en el área de la protección social en salud fue apoyada por Suecia (por medio de la ASDI).

115. En **Guatemala**, la OPS ayudó a las autoridades sanitarias a elaborar un proyecto de ley sobre la cobertura universal y el financiamiento de la atención integral de la salud. La ley establecería un sistema coordinado de salud, marco jurídico y presupuesto para financiar la cobertura universal y proporcionar garantías explícitas de acceso de todos los guatemaltecos, sin discriminación, a la atención de salud integral y gratuita. La ley propuesta se sometió a la Comisión de Salud y Asistencia Social del Congreso Nacional en mayo del 2010.

116. De forma análoga, **Bolivia**, con el apoyo de la OPS, elaboró una ley para crear un sistema unificado de salud que velaría por que todos los establecimientos de salud pública —incluidos aquellos que conforman el sistema de seguridad social— ofrezcan la misma calidad y los mismos servicios y proporcionen un acceso gratuito a la atención de salud para todos los bolivianos. Se prevé que el Congreso de Bolivia apruebe la ley en el 2010 y que la misma entre en vigor en enero del 2011.

117. La OPS también apoyó las actividades del **Uruguay** para incorporar a otros grupos de su población al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Como resultado de este trabajo, se ha programado la incorporación al FONASA de cónyuges, jubilados y profesionales que no contribuyen al Banco de Previsión Social del Uruguay, en el transcurso del 2010.

118. En **Colombia**, la OPS patrocinó un proyecto financiado con recursos del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad de los Seres Humanos cuyo objetivo es establecer un sistema integrado y sostenible de protección social. La Organización está ayudando a confeccionar un modelo de atención primaria de salud que concuerde con la política nacional de salud de Colombia y está usando una estrategia de “vivienda saludable” para empoderar a 500 familias para que mejoren el estado de sus viviendas. La FAO, la OCAH, ACNUR, el UNICEF, el UNIFEM, la UNODC y el PMA son otros organismos de las Naciones Unidas que participan en este proyecto.

119. También entre el 2009 y el 2010, la OPS colaboró con otros organismos de las Naciones Unidas para promover y documentar los sistemas integrados de protección social existentes en la Región. Un ejemplo de esta colaboración fue un estudio que comenzó en septiembre del 2009, Dimensión nutricional de las redes de protección social en Centroamérica y la República Dominicana, dirigido por el PMA con la participación de la OPS, el INCAP, la CEPAL, el ONUSIDA, el UNICEF y la OEA. El informe final del estudio fue publicado en abril del 2010.

120. En la **República Dominicana**, la OPS está apoyando una iniciativa de transferencia condicionada de efectivo conocida como el programa “Solidaridad”, por el cual las familias de bajos ingresos reciben dinero a cambio de cumplir con una serie de condiciones de salud y educación. Entre estas condiciones están la vacunación y la administración de suplementos de micronutrientes a menores de 3 años, la citología de Papanicolaou y la atención prenatal y posnatal de las madres, los exámenes médicos anuales de los miembros de la familia mayores de 65 años y la participación de los adolescentes en actividades dirigidas a reducir los factores de riesgo. El programa actualmente cubre a más de 750.000 hogares.

Acceso a los servicios

121. La OPS continuó entre el 2009 y el 2010 su apoyo a los esfuerzos de sus Estados Miembros por ampliar el acceso a los servicios de salud para sus poblaciones. La cooperación técnica en esta materia comprendió desde el apoyo a leyes que garantizan el acceso a la atención de salud hasta iniciativas encaminadas a mejorar la coordinación y la prestación de los servicios de salud.

122. En **Guatemala**, la OPS colaboró con la Comisión de Salud y Asistencia Social del Congreso de Guatemala, el Ministerio de Salud, la Universidad de San Carlos y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para formular y promover un nuevo proyecto de ley sustentado en el derecho humano a la salud, con disposiciones sobre el financiamiento de la atención universal. La OPS también ayudó a formular una nueva ley para crear una carrera de servicio público en el sector de la salud, con la cual se busca garantizar la disponibilidad de recursos humanos en salud en las zonas rurales pobres y remotas. La ley contempla incentivos para el personal dirigidos a promover la atención centrada en el paciente y el respeto a sus derechos y mejorar la productividad y la calidad de la atención en el sistema de salud del país.

Atención gratuita de la salud en Haití

Uno de los esfuerzos recientes de mayor éxito para ampliar el acceso a los servicios básicos de salud es el programa de Atención Obstétrica Gratuita, establecido con fondos aportados por el Canadá (por medio de la ACDI) y el apoyo técnico de la OPS. El programa presta asistencia sanitaria gratuita a las embarazadas de bajos ingresos y consiste en la compra de servicios a establecimientos de salud públicos, mixtos y privados sin fines de lucro de todo el país. El programa se puso en marcha en el 2008, y se inició con 45 establecimientos de salud; en poco tiempo había logrado aumentar considerablemente la proporción de nacimientos institucionales, mejorar la atención obstétrica de emergencia y reducir las defunciones maternas. Después del terremoto de enero del 2010, la OPS colaboró con el FNUAP, el UNICEF, la OCAH y otros asociados para garantizar la continuación del programa; desde mediados del 2010, el programa ha estado prestando servicios de salud a 50.000 beneficiarias. Se prevé aumentar el número de instituciones participantes, ampliar los servicios para incorporar la atención integral prenatal y posnatal y aumentar el número de beneficiarias con miras a asegurar que todas las haitianas tengan acceso a la atención obstétrica. Además, el programa

ampliado de atención obstétrica gratuita reemplazará el pago por servicios prestados con el pago por desempeño.

Basándose en parte en el modelo del programa ampliado de atención obstétrica gratuita, el Ministerio de Salud de Haití ha elaborado, con el apoyo de la OPS, un ambicioso plan para prestar servicios básicos de salud gratuitos a toda la población. La primera fase del plan empezó en junio del 2010 e incluye la compra de servicios sanitarios a 33 establecimientos de salud públicos, privados y mixtos. La segunda fase ampliará el número de establecimientos y servicios para poder atender las principales necesidades de salud de la población haitiana.

123. En **Venezuela**, la OPS apoyó el establecimiento de “casas comunitarias de salud” como parte del Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil. La operación de las casas comunitarias de salud funcionan en hogares privados y están a cargo de un miembro voluntario del hogar, normalmente una madre, que presta atención a las embarazadas y los menores de 5 años con base en la estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Si bien las casas comunitarias de salud empezaron como un vehículo para ampliar el acceso a los servicios sanitarios, se han convertido en parte integrante de las redes locales de salud y han repercutido positivamente en la reducción de las muertes maternoinfantiles.

124. La OPS apoyó los esfuerzos de los países y territorios del Caribe Oriental — **Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Islas Vírgenes Británicas, Granada, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía**— para reorganizar sus redes de prestación de servicios de salud a partir de la estrategia de atención primaria de salud y mejorar su infraestructura sanitaria. La cooperación técnica de la OPS incluyó el apoyo a la elaboración de modelos integrales de atención y la formulación y evaluación de redes integradas de atención de salud. Para llevar adelante este proceso, la OPS contrató los servicios de la UNOPS, cuyo personal trabajó por primera vez con funcionarios de los ministerios de salud del Caribe de habla inglesa para presentar opciones confiables y rentables para el desarrollo de la infraestructura hospitalaria en **Barbados, Santa Lucía y Granada**.

125. En **El Salvador**, la OPS está ayudando a establecer redes integradas de prestación de servicios de salud en siete municipios de la región occidental del país. El proceso comprende la participación comunitaria y la cooperación intersectorial, la coordinación entre hospitales y unidades de salud, mejoras a la infraestructura y la calidad de la atención a diferentes niveles, los sistemas de remisión, mejoras en la gestión de laboratorios clínicos y la implantación de un sistema de atención prehospitalaria de emergencia eficaz.

126. Con el apoyo de Suecia (por medio de la ASDI), la OPS organizó un estudio multicéntrico relativo a las consecuencias de la exclusión de los servicios sanitarios sobre el acceso a los medicamentos esenciales. Entre el 2009 y el 2010 se terminaron los estudios de país en Guatemala y Nicaragua. La OPS organizó talleres para examinar y difundir los resultados y las enseñanzas extraídas. Además, se finalizó en el 2009 un análisis comparativo entre esos resultados y los obtenidos en Honduras.

127. Otras tareas que apoyó la OPS en este campo entre el 2009 y el 2010 fueron un seminario sobre el derecho a la salud y un mejor acceso a los servicios básicos, coauspiciado por el Ministerio de Salud de **Belice**, en diciembre del 2009, y el III Congreso de órganos reguladores y control de los sistemas de salud, celebrado en Santiago, **Chile**, en noviembre del 2009. La Organización apoyó igualmente la elaboración de un informe basado en esa reunión, en el que se comparan los sistemas de seguridad social de nueve Estados Miembros de la OPS y se detallan los principales obstáculos que estos sistemas de la Región enfrentan actualmente.

Seguridad de la salud de las comunidades en Colombia

El desplazamiento interno de un gran número de personas a raíz de conflictos contribuye de manera determinante a la inseguridad de las comunidades y grupos de población. En **Colombia**, los grupos armados siguen perpetrando actos de violencia contra las poblaciones vulnerables, en particular en los departamentos de la costa del Pacífico. Esto ha provocado grandes desplazamientos internos de personas y familias a zonas que, si bien son más seguras, los ponen en riesgo de otras amenazas, como enfermedades, desnutrición y violaciones de los derechos humanos. En el 2009 y el 2010, la OPS ayudó a acelerar las intervenciones de salud en estas zonas, en particular en 24 municipios prioritarios de los departamentos de Nariño, Chocó, Cauca, Valle del Cauca, Arauca, Norte de Santander, Huila, Putumayo y Caquetá.

Según datos del gobierno, el número de desplazados ha ido aumentando, hasta llegar a casi 3 millones de personas, la mayoría de las cuales son mujeres y niños sin acceso a servicios sanitarios y sociales. Fuentes oficiales citan indicadores de salud para estos grupos desplazados que son característicos de poblaciones subdesarrolladas y socialmente excluidas: tasas de mortalidad elevadas de lactantes y menores de 5 años, enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias, altas tasas de muerte y enfermedad entre jóvenes y embarazadas y baja cobertura de vacunación.

Entre el 2009 y el 2010, la OPS continuó trabajando con las autoridades nacionales y departamentales para aumentar el acceso a la atención primaria de salud y mejorar la calidad de vida y el estado de nutrición de las poblaciones desplazadas, mediante estrategias adaptadas a cada localidad. Las actividades consistieron en formar equipos locales de respuesta rápida, generar datos básicos de referencia e información y establecer acuerdos políticos y técnicos para integrar la salud a los programas municipales. Los miembros de las comunidades desplazadas recibieron capacitación en el cuidado y la gestión de entornos saludables, el manejo apropiado del agua potable, el cuidado primario de las fuentes de agua y la prevención de enfermedades. Los equipos de salud móviles especializados en respuestas de emergencia también han sido parte esencial de estas estrategias.

Con estas intervenciones, la OPS continúa fortaleciendo la capacidad de los servicios de salud locales para controlar las crisis sanitarias, mejorar la disponibilidad de la información de salud sobre las poblaciones desplazadas y lograr que los desplazados puedan ejercer plenamente sus derechos civiles y sociales. Para esta labor se contó con el apoyo del **Canadá** (por medio de la ACIDI), los **Estados Unidos** (a través del Departamento de Estado y la AID), la Comisión Europea (por conducto de ECHO), **España** (con la AECID) y el CERF.

Seguridad sanitaria y control de enfermedades

128. Entre las contribuciones más directas de la OPS a la seguridad humana en la Región de las Américas entre el 2009 y el 2010 se cuenta su trabajo en el control y la prevención de enfermedades. Las actividades en curso de la OPS en este campo se han ocupado de los principales factores de la carga de morbilidad en la Región, con hincapié en las enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los grupos de población más pobres y a la mayor parte de los grupos marginados, así como en las enfermedades que se atienden con mayor eficacia mediante actividades regionales.

El Reglamento Sanitario Internacional y la seguridad sanitaria regional

129. El Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI) estipula que, para el 2012, los países han de contar con la capacidad de detectar, evaluar, confirmar, notificar y aplicar medidas de control en caso de cualquier incidente sanitario que pudiera causar una emergencia de salud pública internacional.

130. Como apoyo a sus Estados Miembros en sus esfuerzos por cumplir plenamente con las condiciones del RSI, la OPS ayudó a evaluar la capacidad de vigilancia y respuesta de estos y ofreció formación para mejorar su capacidad en estas esferas. Hasta la fecha, 28 de los 33 países de América Latina y el Caribe han preparado planes nacionales para fortalecer su capacidad para cumplir con el RSI, y 26 han establecido centros nacionales de enlace (CNE) con el RSI, que operan 24 horas al día, siete días a la semana. En el caso de 11 países prioritarios, la Organización movilizó \$1,1 millones para fortalecer estos centros bajo la forma de capacitación, directrices e instrumentos para la vigilancia sanitaria y la operación de los centros. La OPS también organizó la Primera Reunión Regional sobre la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional, en Quito, **Ecuador**, en mayo del 2010, en beneficio de los funcionarios responsables de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en sus países. Además, la Organización preparó y diseminó un Marco para la ejecución normativa del RSI (2005), que contiene recomendaciones sobre reglamentos y prácticas más apropiadas para la aplicación del Reglamento desde el punto de vista jurídico.

131. Para fortalecer la capacidad de respuesta, la OPS apoyó la capacitación de equipos de respuesta rápida en **Bolivia, Costa Rica, Chile** y el **Ecuador**, participó en la preparación de una propuesta para un nuevo programa de epidemiología práctica en el

Paraguay y está apoyando actividades similares en el **Perú** y la **Argentina**. Esta labor ha abarcado la provisión de instrumentos para la investigación en el terreno (incluidos equipos de protección personal), capacitación en estrategias de control de infecciones, manipulación sin riesgos de muestras clínicas, tratamiento de víctimas a gran escala y comunicación sobre brotes.

132. Además, la OPS ha ayudado a 18 Estados Miembros a evaluar su capacidad de detección y notificación de incidentes sanitarios en puertos de entrada; 10 países han preparado los planes de acción correspondientes. El asesor de la OPS en esta materia ha cumplido misiones de cooperación técnica en la **Argentina**, el **Ecuador**, **El Salvador**, **Nicaragua**, la **República Dominicana** y el **Uruguay**. Además, la OPS organizó una reunión en El Paso, Texas, donde los países intercambiaron conocimientos y experiencias sobre cruces fronterizos. Asistieron representantes del **Brasil**, los **Estados Unidos**, **Guatemala**, **México**, el **Perú** y el **Uruguay**, entre otros.

133. En el 2009, en su calidad de Centro Regional de Enlace para el RSI, la OPS registró 166 incidentes de importancia para la salud pública internacional, 39 de ellos relacionados con la pandemia de gripe por A (H1N1). Los CNE notificaron 34 por ciento de los casos, otras instituciones gubernamentales informaron de 14 por ciento, mientras que la vigilancia ordinaria permitió captar el 52 por ciento restante. El sitio regional del sistema de manejo de eventos de la OPS generó 539 actualizaciones sobre 49 incidentes de salud pública que se analizaron en las reuniones diarias de evaluación de eventos.

134. Otra actividad de fortalecimiento de la capacidad en materia de vigilancia y respuesta ha sido el protocolo genérico OPS/CDC para la vigilancia de la gripe, cuyo objeto es crear un sistema de vigilancia que permita la evaluación de la actividad relacionada con la gripe en toda la Región y facilite las comparaciones entre regiones y subregiones de las cepas del virus de la gripe que estén circulando y los casos de enfermedades respiratorias infecciosas.

135. Como actividad conexas, la OPS ha colaborado con los Estados Miembros para mejorar la capacidad de laboratorio mediante la formación en técnicas de laboratorio y la adquisición de equipos, reactivos y otros materiales. Como resultado de este trabajo, la OMS ha designado cinco nuevos centros nacionales de gripe en la Región en los últimos cinco años (tres entre el 2009 y el 2010) en **Bolivia**, **Guatemala** y **Nicaragua**) por su capacidad para diagnosticar el virus de la gripe con seguridad y eficacia.

La pandemia de gripe por A (H1N1) del 2009

136. La pandemia de gripe por A (H1N1) del 2009 puso realmente a prueba el nuevo RSI y los varios años de preparación de la Región con el apoyo de la OPS. A los seis meses de la pandemia, en una reunión celebrada en Miami en septiembre del 2009, los

representantes de los Estados Miembros de la OPS convinieron en que las medidas recientes dirigidas a mejorar la capacidad de los países para cumplir con el RSI y determinadas actividades de preparación para una pandemia habían contribuido a fortalecer la respuesta de la Región frente a la pandemia del 2009.

137. La aparición y propagación del nuevo virus A (H1N1) a partir de abril del 2009 produjeron una demanda abrumadora de cooperación técnica de la OPS. La Organización respondió rápidamente movilizándolo equipos interdisciplinarios de expertos por medio de la Red Mundial OMS de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. Los equipos brindaron asistencia a los países afectados para la vigilancia de enfermedades respiratorias, el control de infecciones, el diagnóstico de la gripe en laboratorio y las comunicaciones sobre brotes y riesgos.

138. Uno de los ámbitos más importantes de apoyo de la OPS fue la capacitación en el uso de la reacción en cadena de la polimerasa, uno de los pocos métodos fiables para detectar el virus pandémico A (H1N1) 2009. La OPS también coordinó la compra de equipos, materiales y reactivos para los laboratorios. Con todas estas acciones, los países de la Región están actualmente en condiciones de diagnosticar el virus pandémico A (H1N1) 2009.

139. La OPS también ayudó a sus Estados Miembros a intensificar su vigilancia ante las infecciones respiratorias agudas, proporcionándoles directrices e impartiendo capacitación. Además, la OPS coordinó las compras y donaciones de materiales y equipos, incluidas más de 589.000 dosis de oseltamivir y 50.000 equipos de protección personal. En colaboración con la Asociación Panamericana de Infectología, la OPS convocó a un grupo de expertos para que formularan directrices clínicas para el manejo de casos presuntos o confirmados de la gripe por A (H1N1) 2009. Entre otras clases de apoyo mediante información, se cuentan la traducción de numerosas guías al español y la publicación de un boletín semanal en el que se resumía la información epidemiológica y virológica más reciente sobre la pandemia.

140. A fin de garantizar a sus Estados Miembros acceso a la nueva vacuna contra la gripe por A (H1N1) 2009, y tras una solicitud de los Jefes de Estado de la Unión de Naciones Suramericanas, el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS publicó un anuncio de licitación en nombre de los países y territorios de la Región. A mediados del 2010, 23 países habían adquirido más de 20 millones de dosis a través del Fondo. Además, **Bolivia, Chile** (tras el terremoto), **Cuba, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay** y **Suriname** recibieron vacunas donadas por intermedio de la OMS.

141. Para estas actividades, se recibió apoyo del **Canadá** (por medio de la ACIDI), **España** a través de la AECID), los **Estados Unidos** (por intermedio de la AID y los CDC), el BID y la OMS.

Preparación para las pandemias

En las **Bahamas** y las **Islas Turcas y Caicos**, la OPS suministró información técnica y orientación actualizada a funcionarios de salud sobre las publicaciones relacionadas con la pandemia de gripe por A (H1N1) del 2009, incluida la gestión de brotes en los barcos de cruceros que atracan en sus islas. La OPS facilitó las deliberaciones entre los funcionarios de salud y el médico principal de un gran buque de pasajeros para evaluar el nivel de preparación del barco para manejar a los pasajeros y miembros de la tripulación enfermos y la capacidad de las instalaciones médicas y de emergencia de a bordo. La cooperación técnica de la OPS en esta área también incluía una serie de ejercicios de simulación en las Islas Turcas y Caicos y la elaboración de un plan de preparación ante una posible nueva pandemia de gripe.

Vacunación

142. Una de las intervenciones más eficaces en el arsenal de la salud pública, la vacunación, es un factor fundamental que contribuye a la salud y la seguridad humanas y que por mucho tiempo ha sido una de las áreas más importantes de cooperación técnica de la OPS. Entre el 2009 y el 2010, el programa de vacunación de la OPS cumplió una función de gran importancia en dos grandes actividades: la 8.a Semana de Vacunación en las Américas y el lanzamiento regional de la vacuna contra la gripe pandémica por A (H1N1).

143. La Semana de Vacunación en las Américas 2010 se celebró del 24 de abril al 1 de mayo en todos los países de la Región. El lema del evento, “Llegando a todos,” expresaba el objetivo de la iniciativa de tratar de llegar a los adultos y niños, hombres y mujeres, a los muy jóvenes y a los ancianos, con la meta general de lograr una cobertura regional de cerca de 42 millones de personas. Los países y territorios de la Región llevaron a cabo una serie variada de actividades para promover la vacunación y otros procedimientos preventivos, incluida la administración de suplementos de vitamina A.

144. Los actos de lanzamiento de la Semana de Vacunación 2010 se llevaron a cabo en **Nicaragua** y en las zonas fronterizas entre **Estados Unidos** y **México** (junto con la Semana Nacional de Vacunación Infantil de los Estados Unidos), **Haití** y la **República Dominicana** y la **Guayana Francesa** y **Suriname**. Este último acto marcó el primer lanzamiento birregional de la Semana de Vacunación en las Américas, ya que la Guayana Francesa es un departamento de ultramar de Francia. El personal sanitario de ambos lados de la frontera participó en una serie de talleres para intercambiar prácticas de vacunación y debatir asuntos relativos a la población fronteriza, como el reto que representa el seguimiento de los niños que se han vacunado en más de un país. Como resultado de estos esfuerzos, Suriname y la Guayana Francesa se han comprometido a fortalecer sus actividades de notificación e intercambio de información epidemiológica y sus datos sobre la cobertura de vacunación.

145. Este año, la iniciativa tuvo una cobertura geográfica más amplia. Observadores de la Región de África de la OMS participaron en las actividades de la Semana de Vacunación en las Américas en **Haití** y la **República Dominicana**, mientras que la Región de Europa celebró su 5.a Semana de Vacunación en Europa, del 24 de abril al 1 de mayo. Además, la primera Semana de Vacunación en el Mediterráneo Oriental se celebró del 24 al 30 de abril, con actos de lanzamiento en el Líbano, Afganistán, Iraq, Pakistán y el Sudán, entre otros países. Si se sigue progresando conforme a lo previsto, es probable que se logre la meta de celebrar una semana mundial de vacunación antes de lo pensado.

146. La OPS también trabajó entre el 2009 y el 2010 en el fortalecimiento de la reglamentación sanitaria y los sistemas normativos de sus Estados Miembros para mejorar el acceso a los medicamentos, las vacunas y otros productos biológicos, incluidos los productos biotecnológicos y los antivenenos. A nivel regional, esta labor se llevó a cabo por medio de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica. La Organización también dio inicio a la formulación y aplicación de un proceso para evaluar la capacidad de los organismos nacionales de reglamentación para desempeñar las funciones básicas establecidas por la OMS en esta materia.

Enfermedades desatendidas

147. En el 2009, el Consejo Directivo de la OPS adoptó la Resolución CD49.R19, por la cual acordó colaborar con la eliminación o reducción de las enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza, de suerte que ya no sean problemas de salud pública para el año 2015. Para impulsar esta meta, la Organización unió fuerzas con el BID y la Red Mundial de Enfermedades Tropicales Desatendidas/Instituto Sabin para crear un fondo fiduciario de apoyo a la eliminación de estas enfermedades en los Estados Miembros de la OPS. Entre las primeras iniciativas del fondo están dos proyectos piloto: uno en Recife, **Brasil**, para eliminar la filariasis linfática, y el segundo en Chiapas, **México**, para eliminar la oncocercosis y el tracoma.

148. La OPS continuó en su sempiterno empeño en eliminar la enfermedad de Chagas, que afecta a entre 8 y 9 millones de personas en la Región, y con indicios de transmisión en 21 países. Entre el 2008 y el 2009, cuatro países —**Chile, Guyana, Panamá** y el **Perú**— se unieron a otros 14 países que contaban con el tamizaje universal de Chagas en sus bancos de sangre; además, se registró un aumento del diagnóstico prenatal preventivo de las infecciones maternas por Chagas para facilitar el diagnóstico y tratamiento temprano de los recién nacidos. Finalmente, la OPS produjo nuevas guías y recursos de capacitación sobre los brotes de esta enfermedad transmitidos por los alimentos.

149. Más de 9 millones de personas siguen corriendo el riesgo de la filariasis linfática en la Región, con la mayor proporción de ellas en **Haití**. Aunque el terremoto de enero

del 2010 complicó la administración oportuna de medicamentos para tratar la enfermedad, la OPS convocó una reunión en febrero del 2010 para movilizar a los socios internacionales a fin de que continuaran trabajando en pos de su eliminación.

150. La OPS también apoyó las tareas de ampliación del tratamiento antiparasitario para abarcar una proporción mayor de los 46 millones de niños de América Latina y el Caribe que se calcula están en riesgo de contraer infecciones por geohelminos o parásitos intestinales transmitidos por contacto con el suelo. Según datos de la OPS, en el 2009, 4.805.522 niños en edad preescolar y 37.430.165 niños en edad escolar recibieron antihelmínticos por lo menos una vez al año.

151. La transmisión de la esquistosomiasis —enfermedad parasitaria crónica que puede lesionar órganos internos y afectar el crecimiento y desarrollo de los niños— continuó en cuatro países de la Región, **Brasil, Santa Lucía, Suriname y Venezuela**, con 25 millones de personas en riesgo, la mayoría de ellos en el **Brasil**. En el 2009, la OPS ayudó a diseñar un estudio de la prevalencia y la intensidad de la esquistosomiasis y de las infecciones por geohelminos en **Suriname**. Se espera la conclusión del estudio para el 2010.

152. La OPS siguió promoviendo la vigilancia de la lepra, también conocida como enfermedad de Hansen. En el 2009, se notificaron 48.432 casos en 27 países de la Región de las Américas. En todos los países, excepto el **Brasil**, los casos se han reducido a menos de 1 por 10.000 habitantes.

153. Entre el 2009 y el 2010, la OPS apoyó el mapeo de los casos de tracoma en municipios y comunidades del **Brasil, Guatemala y México** y ayudó a elaborar planes integrales para la ejecución de la estrategia de cirugía, antibióticos, higiene facial y mejoramiento ambiental (SAFE, por su sigla en inglés) con miras a eliminar esta enfermedad. Además, la Organización trabajó en la conformación de alianzas estratégicas con instituciones, universidades, organismos no gubernamentales y donantes en apoyo a planes integrales de eliminación del tracoma en **Guatemala** y el **Brasil**.

154. La OPS siguió apoyando entre el 2009 y el 2010 la promoción de la prevención y la lucha contra la malaria. Desde el año 2000, 18 de 21 países con endemicidad en la Región han informado de una disminución constante del número de casos. La eliminación de la transmisión de la malaria se considera factible en **México, Centroamérica, Haití, la República Dominicana, la Argentina y el Paraguay**. La OPS ha apoyado la ampliación de la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía, que ahora comprende al **Brasil** y ocho países vecinos. La Organización también está apoyando la ampliación de las actividades de la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos hacia otras subregiones, incluida Mesoamérica, con financiamiento de los **Estados Unidos** (por medio de la AID).

155. El tétanos neonatal ha sido eliminado como programa de salud pública en todos los países de la Región, excepto **Haití**, que ha notificado más de la mitad del total de los casos en los últimos cinco años. La OPS apoyó la vacunación de haitianas en edad fecunda en el 2009 y después del terremoto, en el 2010.

156. Con el apoyo de la OPS, los países continuaron sus esfuerzos entre el 2009 y el 2010 para eliminar la rabia humana transmitida por perros. **Haití** logró vacunar a 400.000 perros y gatos mediante una campaña que empezó antes del terremoto y que se concluyó después del seísmo, con una vacuna donada por el Brasil. En su primera campaña masiva contra la rabia en los últimos decenios, la **República Dominicana** vacunó a más de 1 millón de animales, también usando vacunas donadas por el **Brasil**. La OPS también prestó apoyo al programa nacional de lucha contra la rabia de **Bolivia**, que ha reducido a la mitad los casos de rabia humana. En el conjunto de la Región, los casos de rabia humana se han reducido de 268 en 1983 a 17 en el 2009 (en 10 de estos últimos la rabia se transmitió a través de perros).

Transmisión maternoinfantil de la sífilis y el VIH

En el 2009 y el 2010, la OPS y otros socios formularon una nueva iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita. La meta de la iniciativa es aumentar la cobertura a más de 95 por ciento para el año 2015 en las siguientes categorías: atención prenatal y atención calificada del parto, tamizaje de la sífilis y el VIH en las embarazadas, tratamiento profiláctico de la sífilis en las embarazadas y manejo profiláctico del VIH en los niños. Otras metas son aumentar a 95 por ciento la proporción de centros de salud de primer nivel que integran la prevención y el diagnóstico de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en sus servicios y aumentar a 95 por ciento la proporción de países que tienen sistemas de información para medir el progreso hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita y de apoyar el proceso decisorio. En el 2009 y el 2010, se finalizaron el marco conceptual, la guía clínica y los documentos de seguimiento y evaluación.

En junio del 2010, la OPS y el UNICEF organizaron una reunión de dos días en las **Bahamas** para los médicos jefes de CARICOM y el Grupo de Trabajo Técnico sobre la Iniciativa para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y la Sífilis Congénita. Los participantes analizaron el estado actual del problema, debatieron metas y plazos para la ejecución de la iniciativa e hicieron hincapié en la necesidad de contar con definiciones estandarizadas de casos y apoyo de laboratorio de calidad.

Salud sexual y reproductiva

157. La salud sexual y reproductiva repercute en gran medida sobre la seguridad y el desarrollo humanos, debido a sus consecuencias, que pueden ser de vida o muerte, y los efectos duraderos sobre el bienestar psicológico, físico y socioeconómico de las personas. Entre el 2009 y el 2010, la OPS continuó prestando cooperación técnica para enfrentar los principales problemas de salud sexual y reproductiva, incluidos la maternidad sin riesgo y la supervivencia de los recién nacidos, las infecciones de transmisión sexual y la prevención, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino.

Madres y niños sin riesgos

El Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), un centro especializado de la OPS en el **Uruguay**, coordinó gran parte del trabajo de la Organización en este campo. Entre el 2009 y el 2010 se puso gran énfasis en mejorar las actividades de capacitación para los proveedores de asistencia sanitaria mediante el uso de directrices actualizadas, en particular la *Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizada en la atención primaria de salud*. El CLAP/SMR organizó talleres de capacitación a nivel local, subregional (centroamericano) y regional para médicos, parteras y enfermeras obstétricas de los países con tasas elevadas de mortalidad materna.

Además, el CLAP/SMR creó una nueva versión de la historia clínica perinatal y creó un Sistema Informático Perinatal (SIP) para facilitar la obtención y el análisis de datos para el seguimiento y la evaluación de las intervenciones y los programas de salud de la madre y el recién nacido. La historia clínica, en la que se recoge información esencial sobre las madres, los hijos no natos, y los recién nacidos, se elaboró en consulta con expertos de los Estados Miembros de la OPS. En el 2010, el CLAP/SMR publicó una guía para el uso de las nuevas versiones de la historia clínica y el SIP.

La OPS también continuó sus esfuerzos para aumentar el acceso a la atención maternoinfantil, en particular de las mujeres que habitan en zonas rurales y las mujeres indígenas. Entre otros ejemplos se cuentan la promoción de la estrategia “hogares maternos”, con un enfoque multicultural, y el apoyo al programa de Atención Obstétrica Gratuita en Haití (que se describió en detalle en páginas precedentes).

También entre el 2009 y el 2010, la OPS promovió versiones nuevas del marco conceptual y las normas clínicas para la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis y la infección por el VIH/sida e instituyó la notificación automática de la sífilis como parte del SIP.

158. En **Bolivia** y **El Salvador**, la OPS apoyó la ejecución de nuevos planes estratégicos nacionales para la salud sexual y reproductiva y prestó cooperación técnica para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio; la atención al recién nacido; la planificación de la familia; la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; la prevención del cáncer cervicouterino, y la prevención y la atención relacionadas con los adolescentes.

159. También en **Bolivia**, la OPS ayudó a preparar nuevos protocolos para la detección y el control del cáncer cervicouterino y ayudó a implantar el control y la vigilancia del cáncer cervicouterino en las unidades de salud donde no se disponía antes de tales servicios. El apoyo de la OPS consistió en proporcionar material de laboratorio para citopatología y colposcopia, así como capacitación para los médicos y las enfermeras en el tamizaje tanto por el frotis de Papanicolaou como la inspección visual con ácido acético.

160. En el **Ecuador**, la OPS apoyó las actividades emprendidas en el país para cambiar el paradigma de los servicios de salud, pasando de la “atención maternoinfantil” hacia un

criterio más amplio relacionado con la salud sexual y reproductiva. Además, la Organización copatrocinó con el CLAP, la OMS y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño un proyecto de cooperación técnica horizontal para promover la salud de la madre, el recién nacido y el niño en **Bolivia, Chile, el Ecuador y el Paraguay** mediante la formulación de propuestas conjuntas, capacitación e intercambio de información y experiencias.

161. En **Costa Rica**, la OPS colaboró con el Ministerio de Salud, el FNUAP, la Caja Costarricense de Seguro Social e instituciones de la sociedad civil para organizar la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2010. La encuesta se concentrará en las mujeres y los hombres de 15 a 80 años de edad y recopilará datos sobre temas como las fuentes de información sobre la salud sexual y reproductiva, conocimientos sobre anticoncepción y planificación de la familia y comportamiento sexual, que incluye la edad de inicio, las clases de parejas, los tipos de relaciones y los niveles de satisfacción, la salud materna, la fecundidad y las actitudes hacia el embarazo. La última encuesta de este tipo en Costa Rica se llevó a cabo en 1996.

Rostros, voces y lugares de los ODM

La iniciativa de la OPS “Rostros, voces y lugares de los ODM” usa un método participativo e integrado para el desarrollo de la salud municipal y la reducción de la pobreza en pos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en comunidades vulnerables de la Región de las Américas. En la actualidad, la iniciativa abarca 30 comunidades en 17 países. Entre el 2009 y el 2010, esta iniciativa comenzó sus labores en cuatro islas del Caribe Oriental —**Anguila, Dominica, Granada y Montserrat**— y se extendió a tres municipios de la región del Chaco en Sudamérica, haciendo hincapié en el agua y los microproyectos productivos. Además, la iniciativa elaboró un programa para fortalecer las actividades de cooperación entre los sectores de la salud, la educación y el desarrollo a nivel local en **Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá** y en la región del Chaco correspondiente a la **Argentina**.

Además, entre el 2009 y el 2010, la OPS lanzó el Programa de Jóvenes Profesionales de Rostros, Voces y Lugares de los ODM, con el apoyo del Canadá (por medio de la ACIDI). El programa selecciona a jóvenes con interés y experiencia en el desarrollo internacional y les proporciona una semana de capacitación especializada seguida de tres meses de convivencia y trabajo en una comunidad de la iniciativa. Un primer grupo se desplazó a mediados del 2009 a comunidades en **Bolivia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Panamá y el Perú**, mientras que un segundo grupo se desplazó a **Anguila, Dominica, Granada y Montserrat** a mediados del 2010. Los participantes colaboraron con los jóvenes y otros miembros de la comunidad para detectar las prácticas más apropiadas para el logro de los ODM a nivel local y para documentar estas prácticas usando formatos multimedia, incluido el video.

Capítulo III. Enseñanzas extraídas y desafíos futuros

162. Los componentes de la seguridad humana, descritos en los Capítulos I y II, no son preocupaciones nuevas para la OPS. La amenaza de epidemias internacionales fue una de las razones principales por las cuales se fundó la OPS en 1902 como Oficina Sanitaria Internacional. La Organización enfiló sus acciones hacia los efectos de los conflictos sobre la salud para usar esta como un “puente para la paz” en Centroamérica durante los años ochenta. Por otra parte, la respuesta a los desastres y la reducción de riesgos, tales como los servicios de agua potable y saneamiento, son áreas en las cuales la institución ha estado trabajando desde hace ya mucho tiempo. El trabajo de la OPS en áreas como la violencia en la comunidad y en la familia, los ambientes sanos y la seguridad vial empezó en los años noventa, antes de que la seguridad humana se convirtiera en un tema central de interés internacional.

163. Sin embargo, podría decirse que la seguridad humana, entendida como concepto “nuevo”, agrega valor a la cooperación técnica de la OPS en el ámbito de la salud pública de varias maneras. Por una parte, subraya la importancia fundamental de la salud para el bienestar humano y, al considerar la salud como componente inherente de la seguridad humana, da a los gobiernos la gran responsabilidad de velar por la salud y protegerla. Además, con este concepto se aclaran las conexiones entre la salud y otros aspectos de la seguridad humana, confirmando con ello la necesidad de emprender acciones intersectoriales y proporcionando orientación para definir las mismas. De esta forma, el enfoque de la seguridad humana complementa y fortalece el énfasis creciente de la OPS en los factores sociales determinantes de la salud.

164. Es igualmente cierto que la salud pública ha hecho grandes contribuciones al campo de la seguridad humana, en particular con la aportación de orientación ética y metodológica para abordar sus complejas dimensiones sociales. El uso de un enfoque epidemiológico ante el tema de la violencia, por ejemplo, ha conducido a intervenciones de salud pública basadas en datos probatorios para abordar este problema. El uso satisfactorio de tales intervenciones (por ejemplo, en Bogotá y Medellín) ha ayudado a cambiar la percepción de que la violencia es un mal social inevitable. En contraste, la persistencia y el aumento de la violencia en otros países se debe, al menos en parte, a que no se ha adoptado una estrategia de salud pública, para lo cual habría primordialmente que indicar y abordar los determinantes sociales subyacentes de la violencia.

165. En el Capítulo II de este informe se resaltan las medidas que han tomado Estados Miembros de la OPS para aplicar enfoques de salud pública a los diversos componentes de la seguridad humana entre el 2009 y el 2010. Si bien estos esfuerzos han producido adelantos importantes y enseñanzas útiles, persisten aún muchos retos. A continuación se presentan y analizan algunos de los desafíos más notables.

Seguridad económica

166. Las economías de América Latina y el Caribe se han visto afectadas en diferente medida y de diferentes formas por la contracción de la economía mundial. El gasto en salud se ha limitado en la mayoría de los países y, como consecuencia del desempleo, han disminuido los aportes a los sistemas de seguridad social y se ha reducido la capacidad de las familias pobres para absorber los costos de atención de salud que deben pagar de su propio bolsillo. Al mismo tiempo, el deterioro de la situación económica ha incidido adversamente sobre los factores sociales determinantes de la salud. Debido a todo ello, es probable que la crisis profundice aun más la brecha entre el progreso económico de los países y su nivel de desarrollo humano. Los estudios de la OPS indican que los factores más importantes que perpetúan estas brechas son la falta de equidad en la distribución de los ingresos, la falta de armonización de las políticas sociales y las fallas e ineficiencias en la organización de los sistemas nacionales de salud.

167. Los Estados Miembros de la OPS afrontan el reto, tanto a corto como a mediano plazo, de crear nuevas soluciones financieras para el sector de la salud y nuevos mecanismos de acceso a la protección social que no estén basados exclusivamente en el empleo. Igualmente importante es la continuación del trabajo para aumentar la eficiencia, la eficacia y la equidad de los sistemas de salud mediante reformas fundamentadas en los principios de la atención primaria de salud.

Seguridad alimentaria

168. La región de América Latina y el Caribe sigue encarrilada hacia la consecución de las metas del ODM 1 relacionadas con la reducción del hambre. Pero el alza del precio de los alimentos, la contracción de la economía mundial y las crisis ecológicas han desacelerado el progreso y exacerbado las grandes disparidades existentes entre y dentro de los países. Por otro lado, la desnutrición crónica, que no figura entre las metas de los ODM, sigue siendo alta en varios países y entre los grupos más vulnerables de la población. Se calcula que alrededor de 9 millones de niños menores de 5 años en la región sufren desnutrición crónica, en tanto que unos 22,3 millones de preescolares, 3,6 millones de embarazadas y 33 millones de mujeres en edad fecunda sufren anemia, en una región cuya producción de alimentos equivale a 130% de sus necesidades básicas de alimentación.

169. La experiencia de la OPS indica que la nutrición no depende simplemente de la situación económica; la nutrición desempeña un papel complejo y, como factor crucial del desarrollo humano, en parte causal en la interacción entre la economía y la salud. La desnutrición crónica en particular es el producto de varios factores, tanto directos (como la desnutrición materna, un régimen alimentario deficiente e infecciones repetidas) como indirectos (falta de acceso a servicios de agua potable y saneamiento, cantidad

insuficiente y calidad deficiente de los alimentos, exposición frecuente a alimentos insalubres, bajo nivel de educación de las madres, embarazo en la adolescencia, atención de salud deficiente y prácticas inadecuadas de crianza de los niños). En efecto, la desnutrición crónica, medida como baja talla para la edad, es un indicador importante de las condiciones generales de vida en una población dada.

170. Las complejas interacciones entre la nutrición y otros determinantes sociales y económicos exigen la adopción de enfoques multisectoriales integrados que procuren mejorar el ambiente físico y social de las personas; garantizar el acceso al agua potable, el saneamiento y la higiene; mejorar la educación e información (incluida la información sobre la manipulación correcta de los alimentos); aumentar la seguridad alimentaria; velar por un empleo, condiciones de trabajo e ingresos dignos; y aumentar el acceso a servicios de salud de buena calidad que realicen intervenciones nutricionales de eficacia comprobada durante toda la vida y promuevan la salud reproductiva, en particular antes y durante el embarazo.

Ambientes seguros

171. Las influencias ambientales se encuentran entre los determinantes más importantes de la salud y la seguridad humana, y tienen grandes repercusiones que están relacionadas entre sí. Entre las principales fuerzas que configuran el ambiente en América Latina y el Caribe se encuentran el crecimiento y la distribución de la población, el cambio climático, los modelos de desarrollo económico y la desigualdad de ingresos. La Región también es sumamente sensible a desastres naturales tales como terremotos, tormentas, sequías e inundaciones.

172. Al ser la región más urbanizada del mundo, la Región de las Américas enfrenta grandes retos creados por el crecimiento urbano rápido y no planificado. Asentamientos precarios, viviendas deficientes y servicios inadecuados de agua y saneamiento aumentan la vulnerabilidad de las poblaciones urbanas marginales, en particular los pobres, las personas de ascendencia africana y los indígenas, a las enfermedades y amenazas ambientales. Los sistemas de transporte inadecuados y la creciente congestión del tránsito aumentan la contaminación de aire y crean riesgos de lesiones o muerte para los peatones, ciclistas y automovilistas. Los centros urbanos, que se caracterizan por una alta densidad de población y áreas descuidadas, se convierten en zonas de exclusión y pobreza donde proliferan la violencia, la delincuencia y el abuso de drogas. Por otro lado, la escasez de parques públicos y espacios verdes se suma a otros patrones de urbanización y desarrollo que fomentan modos de vida que aumentan los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.

173. Las poblaciones rurales también se ven afectadas por algunos de estos problemas, en particular la precariedad de las viviendas y la falta de acceso a servicios de agua

potable y saneamiento. Se calcula que alrededor de 40 millones de habitantes de la región, tanto en zonas rurales como urbanas, carecen de acceso a buenos servicios de abastecimiento de agua potable, mientras que 115 millones carecen de acceso a buenas instalaciones de saneamiento, lo cual agudiza su exposición a enfermedades transmitidas por el agua y por los alimentos, así como a roedores e insectos transmisores de enfermedades. La gran mayoría de los cerca de 190 millones de personas que viven en condiciones de pobreza en la Región tienen viviendas inadecuadas o viven en zonas geológicas precarias, lo cual incrementa su vulnerabilidad a los desastres naturales.

174. Para abordar estas influencias ambientales sobre la seguridad humana, deben adoptarse enfoques multisectoriales y multidisciplinarios integrados que movilicen el compromiso político, así como la participación y la acción sociales. Esto incluye proyectos y programas de atención primaria del ambiente y enfoques de “gobernanza saludable” que promuevan la asignación equitativa de los recursos, para lo cual se requiere de rendición de cuentas, transparencia y una gestión adecuada de las políticas públicas por parte de los gobiernos locales. Para la aplicación de estos enfoques, es importante determinar los aportes que pudiera hacer la comunidad —en cuanto a recursos humanos, financieros y físicos, así como a las redes sociales, organizaciones cívicas y líderes locales— y aprovecharlos para el desarrollo de infraestructura, programas y procesos que optimicen su utilización y estén plenamente armonizados con las características y necesidades de las comunidades.

175. Es menester contar también con planes y políticas de desarrollo urbano que pongan de relieve el crecimiento administrado, espacios públicos seguros y sin humo de tabaco, la reducción de los riesgos naturales y ocasionados por el hombre y sistemas de transporte que incluyan medios de transporte público masivo, así como senderos para bicicletas, pasarelas y otros incentivos para la actividad física.

176. Todos estos enfoques requieren, en cualquier contexto ambiental, una evaluación de los retos y las oportunidades para la salud y la equidad, la determinación de los interesados directos (tanto personas como instituciones) y el fortalecimiento de su capacidad para adoptar medidas, la colaboración intersectorial, la movilización o redistribución de recursos, la ejecución de programas y la promoción de cambios de políticas.

Respuesta a los desastres

177. El catastrófico terremoto que se produjo en Haití el 12 de enero fue un trágico recordatorio de que la pobreza crónica, la urbanización desordenada y la gobernanza débil aumentan la vulnerabilidad frente a los desastres naturales. Al mismo tiempo, la respuesta internacional al desastre subrayó el papel decisivo de la coordinación de las operaciones de socorro de emergencia.

178. Frente a un saldo de alrededor de 220.000 muertos y 300.000 heridos, las Naciones Unidas y otros organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales y equipos bilaterales movilizaron una afluencia masiva de recursos humanos y materiales para ayudar a las víctimas del desastre. La destrucción de la infraestructura de transporte y de salud, incluida la pérdida del edificio del Ministerio de Salud de Haití junto con gran parte de su personal clave, creó desafíos sin precedentes para la administración de estos recursos. El depósito PROMESS de la OPS, que estaba plenamente abastecido cuando se produjo el terremoto, cumplió una función importante en la distribución de medicamentos y suministros médicos hacia donde más se necesitaban.

179. La OPS también proporcionó un liderazgo crucial a la cabeza del Grupo de Acción Sanitaria, coordinando la labor de los asociados en salud para el emplazamiento de hospitales de campaña, dispensarios móviles, instalaciones de agua y saneamiento, y una red de remisión de casos conectada con los hospitales en funcionamiento. Uno de los mayores retos en ese sentido fue dar seguimiento a los cambios de ubicación de los asociados, sus operaciones y el alcance de los servicios que suministraban, así como mantener la congruencia entre la labor de los asociados y los objetivos y prioridades del Ministerio de Salud de Haití.

180. El informe semestral del Comité Permanente Interinstitucional sobre la respuesta en Haití señala que, en general, las organizaciones internacionales de asistencia humanitaria no se articularon suficientemente con las organizaciones y autoridades locales y, por consiguiente, no aprovecharon la oportunidad para beneficiarse de su pericia y de su conocimiento del país. Una excepción a esta regla fueron las organizaciones que operaban de forma permanente en el país. La OPS, que tenía 52 funcionarios permanentes en Puerto Príncipe, pudo responder mejor y proporcionar un mejor liderazgo en razón de sus relaciones de larga data con funcionarios del gobierno, asociados locales y el pueblo haitiano.

181. El terremoto que sacudió a Chile el 27 de febrero fue 500 veces más fuerte que el de Haití, pero los efectos del temblor y el tsunami subsiguiente fueron mucho menos devastadores. En Chile, las zonas afectadas estaban menos densamente pobladas, las viviendas y la infraestructura eran estructuralmente más sólidas y el gobierno, cuya sede estaba lejos del epicentro, quedó intacto y en plenas condiciones de responder.

182. A pesar de la pérdida de 4.000 camas de hospitales, el sistema de salud de Chile pudo prestar los servicios necesarios durante toda la situación de emergencia. Ello fue posible gracias al despliegue rápido de hospitales de campaña y a que la mayoría de los hospitales permanentes en las zonas afectadas continuaron funcionando.

183. La mayoría de los hospitales que sufrieron daños eran más antiguos y no habían sido renovados para reducir su vulnerabilidad a los desastres. Muchos de los

establecimientos hospitalarios dañados estaban cerca, y en algunos casos a pocos metros, de hospitales o establecimientos de salud nuevos que sufrieron poco o ningún daño. Estas instalaciones más nuevas, construidas de acuerdo con las normas de los “hospitales seguros”, siguieron prestando servicios de salud, absorbiendo la demanda que los establecimientos dañados no podían atender. Chile ahora tiene la oportunidad de construir o modernizar todos sus hospitales para que sean seguros frente a los desastres.

184. Otras enseñanzas del terremoto de Chile son la necesidad de mejorar los sistemas de alerta anticipada, actualizar los preparativos y los planes de respuesta, hacer simulacros y ofrecer capacitación para mejorar la colaboración y la coordinación de las instituciones que intervienen en la respuesta a los desastres.

Seguridad personal

185. La violencia y la inseguridad personal siguen siendo graves problemas en muchos países de la Región y, en muchos casos, están aumentando. El apoyo de la OPS ha tenido como finalidad promover las intervenciones de salud pública en los casos en que estas puedan lograr cambios, en particular en las áreas de la violencia de género e intrafamiliar, la salud y el desarrollo de los adolescentes, la homofobia y el estigma.

186. Aunque se ha avanzado en las áreas de la violencia de género e intrafamiliar, todavía queda mucho por hacer. La prevención primaria, o sea, la prevención de la violencia antes de que se produzca, es un campo relativamente nuevo en el cual todavía se está generando una base de conocimientos acerca de los factores de riesgo y de protección y de las intervenciones eficaces. Los datos probatorios actuales indican que la exposición a la violencia en la niñez es un factor de riesgo uniforme tanto para los agresores como para las víctimas de actos de violencia en la vida adulta. Sin embargo, las estrategias para abordar el maltrato a los niños y la violencia de género a menudo se aplican por separado. Se necesita hacer un mayor esfuerzo para atender estos y otros problemas, como la pobreza y el consumo de alcohol, de una manera integrada e intervenir a una edad temprana. Por otro lado, la labor de prevención primaria es necesariamente multisectorial, por lo que debe reunir a diversos actores de los sectores de la salud, la educación, los servicios sociales y el sistema judicial. La OPS está trabajando con la finalidad de fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para poner en práctica estrategias de prevención primaria de diversas maneras, incluso con talleres de formación de capacidad y una evaluación rigurosa de actividades innovadoras como los programas de visitas domiciliarias para madres adolescentes.

187. Aunque la prevención primaria de la violencia es una prioridad, también es importante que los sobrevivientes de la violencia tengan acceso a servicios de salud apropiados y a la justicia. Se requiere intensificar la labor para fortalecer la calidad de los servicios existentes, mejorar su seguimiento y evaluación y determinar las mejores

estrategias para afrontar nuevos desafíos, como la violencia de género relacionada con la migración, la infección por el VIH/sida, el narcotráfico y los desastres naturales. La OPS está trabajando para mejorar la respuesta que brinda el sector de la salud a los sobrevivientes de la violencia de género, para lo cual ha adoptado medidas para fortalecer la capacidad para el seguimiento y la evaluación de los programas para combatir la violencia de género y a través de la publicación de manuales de recursos.

188. Por último, si bien es considerable el avance logrado en la mejora de la calidad de los datos sobre la prevalencia de la violencia de género en la Región, su limitada comparabilidad y la falta de estudios de seguimiento dificultan el cotejo de datos entre países y el seguimiento de las tendencias en el tiempo. La OPS está colaborando con otras organizaciones, como los CDC, para mejorar la calidad, disponibilidad y uso de datos basados en la población sobre la violencia de género, a fin de fortalecer los programas en esta área.

189. En cuanto al estigma y la discriminación, se ha registrado muchos acontecimientos positivos a nivel mundial y regional. No obstante, persiste en la sociedad en general, y en el sector de la salud en particular, la discriminación contra las personas que tienen una orientación o identidad sexual diferente, lo cual contribuye directamente a la propagación del VIH, ya que, por temor al estigma, la gente tiende a no pedir orientación y a no someterse a la prueba de detección ni al tratamiento del VIH. Diversos estudios han documentado los efectos de la intimidación homofóbica sobre las víctimas, entre ellos la falta de sueño, la pérdida del apetito, aislamiento, nerviosismo, tasas elevadas de suicidio e intentos de suicidio, ausentismo escolar y laboral y bajo rendimiento escolar.

190. Otras manifestaciones de la homofobia y la transfobia son la discriminación laboral y social, así como la violencia verbal y física, incluido el asesinato, lo cual ha urgido a varios Estados Miembros de la OPS a llevar un registro de los crímenes motivados por el odio contra las minorías sexuales.

191. Para cambiar los valores y las actitudes que constituyen la base de la homofobia y la transfobia, se requiere de la participación de los proveedores de servicios de salud, las familias, las comunidades, los responsables de formular las políticas y otros interesados directos clave. La sociedad civil y las autoridades nacionales deben aunar fuerzas para definir y estandarizar valores claros sobre la diversidad, la seguridad, la inclusión, los derechos humanos y la inaceptabilidad del estigma y la discriminación. Debe brindarse apoyo a las personas que sufren discriminación o agresión, y es necesario hacer rendir cuentas tanto a las instituciones y las personas de sus acciones a este respecto. No obstante, debe darse prioridad a la acción preventiva, en lugar de reactiva. Además, los países deben intensificar la vigilancia ante la discriminación y la violencia con raíces transfóbicas y homofóbicas.

192. Un reto conexo es la discriminación relacionada con la exclusión social, que es un importante determinante social de la salud y la seguridad humana. Este tipo de discriminación puede aumentar en épocas de estrés económico, cuando las estrategias competitivas para la supervivencia personal y familiar pueden eclipsar imponerse a cuestiones como la solidaridad social y el bienestar común. Algunos ejemplos son el rechazo creciente hacia los inmigrantes y el cuestionamiento de la asequibilidad de los sistemas de protección social (véase más adelante). En estos contextos, los proponentes de la salud pública deben seguir recalcando la interdependencia que existe entre las personas, las comunidades y los países y el hecho de que la seguridad personal depende en gran medida de la seguridad colectiva.

Sistemas de protección social

193. La idea de que las personas tienen el derecho humano de gozar de seguridad social está ganando adeptos a nivel mundial y regional y generando considerable voluntad política a favor de la ampliación de los sistemas de protección social. Eso se refleja en la nueva iniciativa sobre un piso, o nivel mínimo, de protección social, impulsada por la OIT y la OMS y apoyada por 19 organismos de las Naciones Unidas, así como bancos de desarrollo, organizaciones bilaterales y ONG. En la Región de las Américas, esta creciente voluntad política puede verse reflejada en el lanzamiento, en septiembre del 2009, de la nueva Red Interamericana de Protección Social, en respuesta a una solicitud de los Jefes de Estado en ocasión de la Quinta Cumbre de las Américas efectuada cuatro meses antes. La red tiene por objeto facilitar el intercambio de experiencias a fin de apoyar la creación de sistemas de protección social eficientes y eficaces para reducir la pobreza y la desigualdad y mejorar la calidad de vida de los pobres de la Región.

194. La experiencia de Bolivia y Haití muestra que los sistemas de protección social en la esfera de la salud no son un lujo que solo pueden permitirse los países de ingresos mayores. Por el contrario, en los países más pobres, estos sistemas pueden contribuir a mejorar notablemente la salud de la población, sobre todo al reducir la mortalidad materna e infantil. Por otro lado, la historia muestra que las sociedades con una protección social amplia son más resistentes en épocas de estrés económico. Esta evidencia puede utilizarse para promover el establecimiento y la ampliación de la protección social en el ámbito de la salud incluso en el clima económico actual.

195. El desafío más imperativo que enfrentan los sistemas de protección social existentes estriba en la sostenibilidad, especialmente en países como Haití, donde no hay una estructura tributaria que genere los fondos necesarios para mantener estos sistemas en funcionamiento. No obstante, hasta los sistemas de protección social mejor establecidos deben hacer frente a este reto en épocas de penuria económica. Es indispensable buscar nuevas maneras de financiar estos sistemas de forma sostenible y sin depender

exclusivamente de las contribuciones laborales. En los países más pobres, como Haití, será necesario alinear todos los recursos disponibles, incluidos los fondos nacionales y los recursos de la cooperación internacional, con los planes nacionales de salud bajo la dirección de las autoridades sanitarias del país.

La pandemia de gripe por A (H1N1)

196. Como se señalara en el Capítulo II, la pandemia de gripe por A (H1N1) del 2009 y 2010 puso a prueba los esfuerzos de preparación ante posibles pandemias que por varios años desplegaran los países del continente con el apoyo de la OPS. En una reunión que tuvo lugar a mediados de septiembre del 2009, los representantes de los Estados Miembros de la OPS examinaron esa labor en el contexto de la pandemia de gripe por A (H1N1). Entre sus conclusiones cabe señalar las siguientes:

- Los planes nacionales de preparación ante posibles pandemias que existían en casi todos los países proporcionaban la orientación necesaria, pero la mayoría de ellos no eran suficientemente operativos, especialmente en lo que respecta a las acciones requeridas a nivel local.
- Los preparativos deben abarcar tanto al sector público como al sector privado e incluir medidas de coordinación intersectorial. Esto facilitaría una incorporación más rápida de los proveedores privados de asistencia sanitaria a una respuesta coordinada contra una pandemia.
- Los planes de preparación para una pandemia deben ser flexibles y adaptables a diferentes situaciones, en vista de la amplia gama de características y modelos evolutivos que podrían presentar las pandemias futuras.

197. A pesar de la virulencia, entre moderada y leve, del virus H1N1, la pandemia del 2009-2010 puso de manifiesto las deficiencias de los sistemas de salud de los países. En varios países, el gran número de casos sobrecargó tanto a los servicios de salud, que fue necesario aplazar intervenciones quirúrgicas regulares y otros servicios. Ciertos grupos de riesgo, en particular las embarazadas, fueron afectados más de lo que reconoce el público en general y, en parte debido a ello, las embarazadas fueron uno de los grupos con la captación más baja de la vacuna contra la gripe por A (H1N1).

198. Igualmente, la pandemia puso de relieve una vez más la importancia de contar con la confianza del público en las autoridades sanitarias y la toma de decisiones basadas en datos probatorios, así como el poder del temor causado por información deficiente. La restricción innecesaria de los desplazamientos de personas o las reuniones públicas y la limitada captación del público de la nueva vacuna contra el virus A (H1N1) en muchas partes del mundo son solo dos ejemplos.

199. Una de las enseñanzas más importantes de la pandemia del 2009-2010 tiene que ver en un sentido más amplio con el tema de la seguridad humana: En un mundo globalizado, ninguna persona, familia, comunidad o país puede estar completamente seguro cuando la seguridad de otros corre grave riesgo. Eso significa que las inversiones en salud pública, el fortalecimiento de los sistemas de salud, las alianzas internacionales y la solidaridad son la mejor defensa contra el próximo enemigo de la salud pública mundial, que muy posiblemente resulte más virulento, trátase de un nuevo virus de la gripe o de una amenaza diferente. Combinadas con medidas intersectoriales para abordar los otros componentes de la seguridad humana, tales inversiones y alianzas redundarán en beneficios a corto y largo plazo para el desarrollo tanto de los seres humanos como de la sociedad, fortaleciendo la entereza de los países y al mismo tiempo mejorando sustancialmente la calidad de vida de sus poblaciones.

200. Este informe abarca un año muy difícil para la salud pública en la Región de las Américas. La mayoría de los preparativos dieron resultado. No obstante, las enormes diferencias en la capacidad de los países para velar por la seguridad humana de sus ciudadanos siguen siendo una prioridad que es necesario abordar. Una vez más se ha demostrado que la solidaridad y la cooperación horizontal entre los países en el ámbito de la salud son piezas fundamentales para proteger la vida y el bienestar de la gente. Al mismo tiempo, se ha demostrado una vez más que la misión de la OPS de liderar esfuerzos colaborativos estratégicos es esencial para mejorar el bienestar, la salud y la seguridad de los pueblos de la Región de las Américas.

SIGLAS Y ABREVIATURAS	
ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
ASDI	Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe
CCSD	Centros de coordinación sanitaria ante desastres (Costa Rica)
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CERF	Fondo central para la acción en casos de emergencia de las Naciones Unidas
CLAP/SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
CNE	Comisión Nacional de Prevención de Riesgo y Atención de Emergencias (Costa Rica)
CNE	Centros Nacionales de Enlace (RSI)
CONASAN	Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (El Salvador)
COSEVI	Consejo de Seguridad Vial (Costa Rica)
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido
DIPECHO	Programa de Preparación ante Desastres del Departamento de Ayuda Humanitaria (Comisión Europea)
ECHO	Departamento para la Ayuda Humanitaria (Comisión Europea)
EIRD	Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de los Desastres
EVIPNET	Red de Políticas Basadas en Pruebas Científicas
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
FOCARD-APS	Foro para Centroamérica y la República Dominicana sobre Agua Potable y Saneamiento
FONASA	Fondo Nacional de Salud (Uruguay)
ICAA	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado
INCAP	Instituto Nutricional de Centroamérica y Panamá
LLS/SUMA	Sistema de Apoyo Logístico/Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios
NIOSH	Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Ocupacionales (Estados Unidos)
NORAD	Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo
OCHA	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU-HABITAT	Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PERC	Producción, Eficiencia, Recursos y Costos
PIB	Producto interno bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

SIGLAS Y ABREVIATURAS (cont.)	
RAVREDA	Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SAFE	Cirugía, antibióticos, lavado facial y mejoramiento ambiental
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIP	Sistema Informático Perinatal
SIVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Ecuador)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

- - -