

III

PROGRAMAS SUBREGIONALES

Como establece la Política del Presupuesto Regional por Programas de la OPS aprobada por el 45.º Consejo Directivo en 2005, se introduce por primera vez una segunda sección, que describe el programa subregional. Esta sección representa la primera reiteración del trabajo de la Organización para apoyar los planes de acción en materia de salud de los diversos procesos de integración subregional de las Américas. Estos planes serán perfeccionados conjuntamente con la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) en el Cono Sur y la Comunidad Andina de Naciones (CAN) en la Región Andina. Esta sección también incluye los recursos destinados a los tres centros subregionales —el Instituto de Nutrición de Centroamérica y el Caribe (INCAP), el Centro de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)— y a la Oficina de Campo de la OPS en la frontera entre México y Estados Unidos, en El Paso. En el documento de información CE136/INF/1, se ofrece una explicación más detallada de la índole del programa subregional y los criterios aplicados para la asignación.

ÁREA ANDINA

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS

Los países de la Comunidad Andina de Naciones (CAN). han expresado su compromiso con el proceso de integración como herramienta esencial para su desarrollo. complementando los esfuerzos nacionales para asegurar el progreso social y económico.

El proceso de integración en la región Andina recibe un fuerte impulso hacia fines de la década de los '80. sobre todo a partir de la reforma del Acuerdo de Cartagena. El acuerdo puso en marcha el Grupo Andino con el objetivo de promover el desarrollo equilibrado y armónico de los países de la sub-región Andina y facilitar su participación en el proceso de integración regional. con miras a la formación gradual de un mercado común latinoamericano. En diciembre de 2004 se crea la Comunidad Sudamericana de Naciones. que busca fortalecer la integración de la CAN y el MERCOSUR así como de una serie de instrumentos e instituciones de integración existentes.

En el área de salud la integración en la CAN se instrumentaliza a través del Convenio Hipólito Unanue (CHU) que incluye a Chile además de la CAN. Su organismo directivo es la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA). En la XXV REMSAA los Ministros de Salud acordaron consolidar su acción promocional en lo que respecta al tema de acceso a los medicamentos a través de la preparación de un plan de trabajo que incluya una estrategia de comunicación social y de información pública para dar continuidad al proceso de negociación conjunta de medicamentos contra el SIDA y otros que se consideren estratégicos.

Se acordó adoptar, asimismo, lineamientos de política de acceso a medicamentos esenciales, medicamentos de alto costo e insumos estratégicos en el ámbito subregional.

La REMSAA solicita a la OPS/OMS el fortalecimiento técnico del Foro de Salud de la CAN en cuya ejecución se han cooperado las siguientes áreas estratégicas: vigilancia en salud pública, vigilancia epidemiológica, Plan Andino de Salud en Fronteras, promoción de la salud, acceso a medicamentos, macroeconomía e inversión en salud, enfermedades crónicas no transmisibles en la sub-región, y desastres.

OBJECTIVO DE LA OPS

Contribuir al fortalecimiento de la capacidad de las instituciones pertenecientes a la Comunidad Andina de Naciones en la gestión de la agenda de salud dentro de los procesos de integración.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mecanismos existentes de salud en las instancias que conforman la CAN fortalecidas desde una perspectiva intersectorial, para su incidencia en los procesos de integración.
2. La Agenda de Salud de la CAN se ha fortalecido con la Cooperación Técnica de la Organización, en la generación de Políticas, Proyectos, Investigación, Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia Epidemiológica, Plan Andino de Salud en Fronteras.

INDICADORES

- Los países de la sub-región, cuentan con instancia intersectorial de salud que pueda estudiar su incidencia y homologar su participación en los acuerdos sub-regionales, al final del bienio.
- Instancias de la CAN vinculadas a salud establecen mecanismos formales de coordinación, al final del bienio.
- Red de actores de salud e integración mapeada, en el primer año.
- Propuesta de Política de Salud Subregional consensuada, al final del bienio.

- Promoción de la Salud. Acceso a Medicamentos. Macroeconomía e Inversión en Salud. Control de Enfermedades crónicas no transmisibles y Desastres
- Reglamento Sanitario Internacional en proceso de Institucionalización Nacional como Acuerdo Subregional. en el primer año.
 - Indicadores Comunes para la Vigilancia de la Salud de la CAN. al final del primer año.
 - Sistema de Información y monitoreo de la salud en desarrollo. al final del bienio.
 - Inventario de Bienes públicos para salud e integración establecido. al final del primer año.
 - Inventario, monitoreo y sistematización de las políticas públicas en salud establecido. al final del bienio.
 - Red de socios, cooperantes, para la construcción de alianzas y la movilización de recursos establecida. al final del bienio.
3. Seguimiento y monitoreo de los ODM conducido por las instancias de integración de La CAN y en coordinación con otras agencias de cooperación.
- La Agenda de Salud de La CAN prioriza el alcance de los ODM. durante el bienio.
 - Mapeo de inequidades y exclusión en salud con énfasis en las Zonas Fronterizas. al final del bienio.
 - Plan Estratégico para el alcance de los ODM que focalice la atención a los Pueblos Indígenas, a los Migrantes y poblaciones fronterizas. al final del bienio.

Recursos US\$	Presupuesto ordinario		
	2004-2005	2006-2007	
Apoyo a la Agenda Subregional en Salud	0	877.200	
Total	0	877.200	
2006-2007 Desglose presupuestario por área de trabajo	Puestos	No-Puestos	Total
Recursos humanos para la salud	350.400	0	350.400
Liderazgo y coordinación de la cooperación en los países	0	526.800	526.800
Total	350.400	526.800	877.200

CARIBE

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS

La región del Caribe para la OPS/OMS comprende los países angloparlantes independientes¹, Cuba, la República Dominicana, Haití, Suriname, los Territorios Holandeses de Ultramar², los Departamentos Franceses en las Américas (DFA)³, y los Territorios del Reino Unido en Ultramar (TRUU)⁴. No obstante, el programa subregional del Caribe abarca solamente a la CARICOM y los Estados Asociados, a saber: los países angloparlantes independientes, Suriname, Haití y los Territorios del Reino Unido en Ultramar.

Esta subregión plurilingüe, multicultural, y con múltiples ideologías comprende varios procesos de integración política y una historia de cooperación en comercio y salud. El proceso de integración más antiguo es la Comunidad del Caribe (CARICOM), la cual guarda un compromiso con la Cooperación para la Salud en el Caribe (CSC), el programa de salud más importante para la subregión. La Comunidad está alcanzando la ejecución total del Mercado y Economía Únicos de la CARICOM antes de la puesta en práctica del Acuerdo de Libre Comercio de las Américas (ALCA), lo cual tendrá implicaciones no solo para el movimiento de bienes y productos, sino también para el movimiento de recursos humanos, incluso en el sector de salud. Será importante que el sector subregional de la salud incremente su participación en procesos mundiales y se prepare para acoger la influencia que estos tendrán a nivel nacional y regional. En el ámbito de la protección de la calidad de la salud, se deben concluir las iniciativas para la matriculación de médicos adecuadamente formados y deben adoptarse medidas similares en otros ámbitos profesionales.

La transición epidemiológica y demográfica en los países impone una carga significativa de las enfermedades no transmisibles, incluso cuando las enfermedades transmisibles nuevas y emergentes, en particular la infección por el VIH/SIDA, causan enfermedad y muerte. Las lesiones, los trastornos mentales y el abuso de sustancias psicotrópicas, entre otros problemas de salud, representan una amenaza para las ganancias generadas por el desarrollo, y los países están luchando por reformar sus sectores de la salud y reorganizar sus sistemas de salud para abordar con equidad la situación sanitaria cambiante. Del mismo modo, en respuesta a algunas de las prioridades subregionales de salud, el Caribe se vale del apoyo de dos instituciones subregionales que también son Centros especializados de la OPS/OMS, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

El concepto de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CSC), introducida en 1984 por los ministros de salud de la CARICOM, continúa proporcionando el marco para el establecimiento de prioridades en materia de colaboración en la región. En la reunión celebrada en julio de 2001, los jefes de gobierno de la CARICOM emitieron la Declaración de Nassau en Salud para el Desarrollo en la cual establecieron la necesidad de hacer hincapié en el avance del programa de salud y desarrollo. La Declaración indica que debe asignarse prioridad al fortalecimiento y la formulación de planes estratégicos regionales para la infección por el VIH/SIDA, la salud mental y las enfermedades no transmisibles. Se estableció que estas afecciones representan la carga de morbilidad más onerosa para la comunidad.

Durante la fase II de la Cooperación para la Salud en el Caribe (1999-2003) los Estados Miembros de la Comunidad del Caribe centraron conjuntamente acción y recursos en pos de objetivos acordados en las siguientes áreas prioritarias: Fortalecimiento de los sistemas de salud, desarrollo de recursos humanos, salud de la familia, alimentación y nutrición, enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles, salud mental e higiene del medio. Si bien se han realizado mejoras en estas áreas, el reto

¹ Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago.

² Aruba y las Antillas Neerlandesas (Bonaire, Curacao, Saba, Saint Eustatius, y Saint Maarten).

³ Guayana Francesa, Guadalupe, y Martinica.

⁴ Anguila, Bermuda, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caymán, Turcas y Caicos y Montserrat.

real continúa siendo la capacidad de los países para traducir objetivos subregionales en la formulación de políticas concretas y programas sostenibles. Las limitaciones principales son las capacidades de los recursos humanos y el liderazgo en salud así como las deficiencias en los sistemas de gestión.

En la mayoría de los casos, los funcionarios técnicos nacionales que trabajan al nivel de política realizan tareas múltiples y tanto el tiempo como los recursos financieros limitan el número de viajes que pueden realizar a expensas de las tareas operativas diarias. La proliferación de donantes para la infección por el VIH/SIDA ha generado un considerable número de reuniones y otros compromisos internacionales que demandan mucho del personal que trabaja en publicaciones sobre la infección por el VIH/SIDA. Por tanto, la subregión debe realizar esfuerzos especiales para coordinar la prestación mejorada y abordar la capacidad de absorción. A la luz de esto y de otros asuntos mundiales, la próxima reiteración de la CCS debe prestar atención especial al abordaje de los detalles específicos en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y centrarse más en afecciones específicas que causan las tasas más altas de mortalidad y morbilidad.

El Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI), el Laboratorio Regional del Caribe para el Análisis de Medicamentos, el Consejo del Caribe de Investigación en Salud y las diversas instituciones de la Universidad de las Indias Occidentales son socios, colaboradores y beneficiarios en las iniciativas de salud subregionales. Constituyen un eslabón vital de la cadena de cooperación técnica entre países (CTP) y la ejecución de la Cooperación para la Salud en el Caribe. Todas estas entidades funcionan con la rúbrica de la maquinaria de gobernanza de la CARICOM y, en el caso de la salud, solicitan orientación de política al Consejo para Desarrollo Humano y Social (COHSOD). El informe de marzo de 2005 de la revisión de las Instituciones Regionales de Salud del Caribe proporciona opciones para la racionalización de los centros, incluidos CFNI y CAREC. La OPS/OMS colaborará con la CARICOM en este esfuerzo.

Otros temas institucionales fundamentales para la subregión comprenden la necesidad de apoyar y mantener la Comisión del Caribe para Salud y Desarrollo, la cual ya ha producido un informe que se presentará a los jefes de gobierno de la CARICOM a mediados de 2005. El informe de la Comisión debe contribuir a que la OSP se posiciones para influir en temas transnacionales y mundiales, como la definición de posiciones en la Organización Mundial del Comercio y seguridad alimentaria, cambio climático y salud en los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo y Hacer Retroceder el Paludismo.

**OBJETIVO
DE LA OPS**

Mejorar la salud en el Caribe a través del apoyo de procesos e instituciones subregionales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido e iniciado la aplicación de planes para aumentar la cooperación en pos del desarrollo sanitario a nivel subregional.

INDICADORES

- Cooperación para la Salud en el Caribe III (CSC III) derivada del establecimiento de prioridades para la colaboración en la subregión, aprobada por los ministros de salud y difundida a todos los socios en los planos nacional e internacional.
- Planes de acción conjuntos para el logro de los objetivos específicos de CSC formulados con CARICOM y otros socios y ejecutados en colaboración con las instituciones subregionales.

-
2. Se habrá incrementado la capacidad de la Secretaría de la CARICOM en el sector de la salud.
 - Formulación y ejecución conjunta de la OPS y la CARICOM del plan para fortalecer la capacidad de la Secretaría de la Comunidad para planear, supervisar e informar sobre el programa de salud.
 - Apoyo prestado a la CARICOM en la ejecución de la opción aprobada para la racionalización de las instituciones de salud regionales.
 - Apoyo a la aplicación de las recomendaciones aprobadas de la Comisión del Caribe para Salud y Desarrollo.
 3. Se habrá mejorado la participación de la OPS en acciones colectivas del ámbito sanitario caribeño.
 - Marco definido para la cooperación de la OPS con la subregión del Caribe.
 - Utilización de la estrategia de Cooperación Pancaribe de la OPS para planificar el BPB 0809.

Recursos US\$	Presupuesto ordinario		
	2004-2005	2006-2007	
Apoyo a la Agenda Subregional en Salud	7.054.600	6.588.600	
CFNI	2.522.800	2.585.800	
CAREC	1.539.200	1.364.200	
Total	11.116.600	10.538.600	
2006-2007 Desglose presupuestario por área de trabajo	Puestos	No-Puestos	Total
Prevención y control de las enfermedades transmisibles	1.272.000	154.000	1.426.000
Vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas	309.600	65.000	374.600
Nutrición	1.972.800	593.000	2.565.800
Promoción de la salud	619.200	0	619.200
Salud y medio ambiente	309.600	0	309.600
Inocuidad de los alimentos	309.600	20.000	329.600
Salud reproductiva	309.600	0	309.600
Tecnologías sanitarias esenciales	292.800	0	292.800
Recursos humanos para la salud	309.600	50.000	359.600
Financiación de la salud y protección social	309.600	0	309.600
Información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación	619.200	65.000	684.200
Preparación y respuesta frente a emergencias	0	68.200	68.200
Liderazgo y coordinación de la cooperación en los países	988.800	323.000	1.311.800
Operaciones de las representaciones de la OPS/OMS	739.200	838.800	1.578.000
Total	8.361.600	2.177.000	10.538.600

CENTROAMÉRICA

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS Centroamérica es la subregión con mayores desigualdades en las Américas, caracterizándose por la exclusión de grandes sectores de población.

Centroamérica ha tenido un largo proceso de integración, la que alcanzó notables avances en la década de los 90's. Mediante el Protocolo de Tegucigalpa en 1991 se crea y pone en práctica una nueva estructura institucional, cuya principal instancia es el Sistema de Integración de Centroamérica (SICA) - (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, además de República Dominicana como Estado Miembro Asociado, y México como observador regional)

La agenda regional ha tenido una evolución acelerada y compleja a partir de los años 90's. El Foro Regional "Repensando la Integración Centroamericana: recomendaciones para la renovación de su institucionalidad" concluyó que la misma está sobrecargada, ya que incluye centenares de temas cuya innegable urgencia no refleja necesariamente las prioridades estratégicas de la sub-región en el contexto actual.

La OPS/OMS y la Secretaria de Integración Social del SICA han acordado los siguientes temas relevantes para su cooperación: a) Política Social Centroamericana; b) Foro sobre Protección Social; c) Sistemas de Información Social; d) fortalecimiento de la institucionalidad; y d) bienes públicos regionales y ODM.

Los países de Centroamérica y República Dominicana se adhieron completamente a la Declaración de la Cumbre del Milenio y han hecho propios los objetivos allí expresados, a fin de contribuir a su desarrollo y a la erradicación de la pobreza. Centroamérica visualiza a su vez su proceso de integración como una herramienta esencial para su desarrollo y como un complemento a los esfuerzos nacionales para asegurar el progreso social, económico y ambiental.

Por otra parte, a la luz del análisis institucional y la compleja y dispersa agenda social del SICA y RESSCAD, OPS/OMS propone renovar, concentrar y fortalecer su cooperación técnica en esta sub-región a través de las instancias sub-regionales que componen el SICA y la RESSCAD a fin de contribuir a la armonización de esfuerzos en el área social de manera complementaria y sinérgica con las actividades de cooperación técnica que se desarrollan en cada uno de los países de la sub-región.

OBJETIVO DE LA OPS El objetivo general es contribuir al fortalecimiento de las instituciones pertenecientes al Sistema de Integración de Centroamérica relacionadas con salud, reforzando los procesos que ya se ha venido acompañando y apoyando a nuevas iniciativas estratégicas presentes en la renovada agenda de salud de la sub-región. En este marco, se identifican 3 objetivos específicos:

- Fortalecer los mecanismos existentes de salud en las instancias que conforman el SICA desde una perspectiva intersectorial
- Apoyar el desarrollo de la Agenda de Salud en el marco del SICA en los siguientes aspectos: políticas y proyectos, investigación, desarrollo de recursos humanos, sistemas de información y monitoreo
- Promover el seguimiento y monitoreo de los ODM en coordinación con otros organismos de cooperación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Capacidad institucional del SICA relacionada con salud fortalecida para la formulación de políticas, programas y proyectos subregionales en salud con perspectiva intersectorial.

INDICADORES

- Propuesta de Política Subregional de Protección Social aprobada.
- Establecido el mecanismo de coordinación entre RESSCAD, COMISCA y FOCARF-APS.
- La SISCA habrá coordinado todas las

- reuniones de RESSCAD, COOMISCA Y FOCARD-APS.
- Aprobados los Objetivos Sanitarios de CA 2020.
 - Se habrán tenido al menos una reunión anual entre OPS/OMS y SISCA, BCIE y una conjunta para seguimiento de proyectos comunes y preparación de actividades conjuntas.
2. Capacidad institucional del SICA para hacer la abogacía y el seguimiento de los ODM en coordinación con otros organismos de cooperación fortalecida.
- La agenda en Salud centroamericana revisada y enfocada hacia el cumplimiento de los ODM.
 - Mapeo de inequidades en salud y sus determinantes con énfasis en las zonas fronterizas.
 - Plan estratégico para movilización de recursos aprobado y en implementación.

Recursos US\$	Presupuesto ordinario		
	2004-2005	2006-2007	
Apoyo a la Agenda Subregional en Salud	0	819.500	
INCAP	2.698.400	2.225.200	
Total	2.698.400	3.044.700	
2006-2007 Desglose presupuestario por área de trabajo	Puestos	No-Puestos	Total
Nutrición	439.200	1.786.000	2.225.200
Recursos humanos para la salud	292.800	0	292.800
Liderazgo y coordinación de la cooperación en los países	0	526.700	526.700
Total	732.000	2.312.700	3.044.700

CONOSUR

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS

La Cumbre Sudamericana de Naciones de 2004 y que su propósito fue el de fortalecer la integración de los bloques MERCOSUR y CAN, constituye una muestra de creciente voluntad política por parte de los países de América del Sur y se amplían las posibilidades de concertación y cooperación en el ámbito de la integración sudamericana. Como resultado de esta cumbre se crea la Comunidad Sudamericana de Naciones que enfatiza la necesidad de que se fortalezcan canales de contacto entre la OTCA, MERCOSUR, LA CAN, ALADI y CARICOM y con otras iniciativas sudamericanas de integración.

La agenda de salud es liderada por los Ministros de Salud del MERCOSUR y han trabajado fuertemente en los procesos de armonización en el marco de la integración en temas como: salud de las fronteras, medio ambiente, política de medicamentos, política antitabáquica, Objetivos de Desarrollo del Milenio, desastres, atención primaria en salud, vigilancia epidemiológica (malaria y dengue), salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA y revisión del Código Sanitario Internacional.

OBJETIVO DE LA OPS

Contribuir al fortalecimiento de la capacidad de las instituciones pertenecientes al MERCOSUR en la gestión de la agenda de salud dentro de los procesos de integración.

PROYECTOS

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mecanismos existentes de salud en las instancias que conforman el MERCOSUR fortalecidas desde una perspectiva intersectorial, para su incidencia en los procesos de integración.
2. La Agenda de Salud del MERCOSUR se ha fortalecido con la Cooperación Técnica de la Organización, en la generación de Políticas, Proyectos, Investigación, Desarrollo de Recursos Humanos, Medicamentos, Sistemas de Información, Medio Ambiente, Desastres y Vigilancia Epidemiológica.

INDICADORES

- Los países de la sub-región, cuentan con instancia intersectorial de salud que estudian su incidencia y homologan su participación en los acuerdos sub-regionales, al final del bienio.
- Instancias del MERCOSUR vinculadas a salud establecen mecanismos formales de coordinación, al final del bienio.
- Red de actores de salud e integración mapeada, en el primer año.
- Propuesta de política de salud subregional consensuada, al final del bienio.
- Reglamento Sanitario Internacional en proceso de Institucionalización Nacional como Acuerdo Subregional, en el primer año.
- Indicadores comunes para la vigilancia de la salud el MERCOSUR, al final del primer año.
- Sistema de Información y monitoreo de la salud en desarrollo, al final del bienio.

- Inventario de Bienes públicos para salud e integración establecido al final del primer año.
 - Inventario, monitoreo y sistematización de las políticas públicas en salud establecido, al final del bienio.
 - Red de socios, cooperantes, para la construcción de alianzas y la movilización de recursos establecida, al final del bienio.
3. Seguimiento y monitoreo de los ODM conducido por las instancias de integración del MERCOSUR y en coordinación con otras agencias de cooperación.
- La Agenda de Salud del MERCOSUR prioriza el alcance de los ODM, durante el bienio.
 - Mapeo de inequidades y exclusión en salud con énfasis en las Zonas Fronterizas, al final del bienio.
 - Plan Estratégico para el alcance de los ODM que focalice la atención a los pueblos indígenas, a los migrantes y poblaciones fronterizas, al final del bienio.

Recursos US\$	Presupuesto ordinario		
	2004-2005	2006-2007	
Apoyo a la Agenda Subregional en Salud	0	814.800	
Total	0	814.800	
2006-2007 Desglose presupuestario por área de trabajo	Puestos	No-Puestos	Total
Recursos humanos para la salud	288.000	0	288.000
Liderazgo y coordinación de la cooperación en los países	0	526.800	526.800
Total	288.000	526.800	814.800

OFICINA DE CAMPO: FRONTERA MÉXICO/ESTADOS UNIDOS

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS

La zona de frontera que comparten México y los Estados Unidos de América es una de las regiones más transitadas y dinámicas del mundo. El tema de la migración continúa siendo un asunto bilateral prioritario y, si bien la zona se caracteriza por una economía y un desarrollo desiguales, existe una gran interdependencia económica.

En esta región viven más de 13 millones de personas (53% de ellas en el territorio de los Estados Unidos y 47% en el territorio de México). Se espera que esa cantidad se duplique entre los años 2020 y 2025.

Existen profundas diferencias entre ambos países con respecto a sus sistemas de salud. La Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos cuenta con presupuesto propio y tiene a su cargo la definición de la agenda binacional de salud. Cabe recordar la separación de la OPS de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES). La OPS actuó como Secretaría Ejecutiva de la AFMES durante más de 60 años y ha firmado un convenio con la Asociación por el cual la Organización continuará brindando cooperación técnica a esa institución hasta tanto logre su consolidación y autonomía.

Los gobiernos de los Estados Unidos y México, por conducto de la Comisión de Salud Fronteriza México/Estados Unidos, han definido las prioridades de salud plasmadas en la iniciativa Frontera Saludable 2010. Los objetivos centrales son: mejorar la calidad de vida y aumentar los años de vida saludable, y eliminar las disparidades de salud.

En el marco de estas prioridades, la cooperación técnica con la OPS/OMS se concentrará en las siguientes acciones:

- . Fomentar el trabajo transfronterizo para resolver en forma conjunta problemas comunes que requieran una acción binacional.
- . Asegurar que las iniciativas regionales y globales se reflejen en el trabajo de salud en la frontera.
- . Apoyar el logro de los objetivos de la iniciativa Frontera Saludable 2010, en el marco de las Metas de Desarrollo del Milenio relacionadas con la reducción de la inequidad y la prioridad para los grupos vulnerables; en particular, migrantes, indígenas y adolescentes.
- . Apoyar la iniciativa frontera 2012: Programa Ambiental México/Estados Unidos.
- . Apoyar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Plataforma Única de Información para la frontera y la difusión de información y conocimiento.
- . Definir indicadores para el sistema de vigilancia, la disseminación de información y la abogacía, con el objeto de incorporar ese tema en el temario de la iniciativa Frontera Saludable 2010.
- . Fomentar el trabajo intersectorial y apoyar el desarrollo institucional de la AFMES.

PROYECTOS

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD

PROPÓSITO

Mejorar la capacidad de diagnóstico y evaluación para determinar las características de la salud pública y ambiental en la frontera México/Estados Unidos.

RESULTADOS ESPERADOS

- . Se habrán fortalecido o creado sistemas de información en salud que permitan determinar las características de salud en la frontera México/Estados Unidos

- . Se habrá facilitado el acceso a la información sobre problemas y determinantes de la salud

SALUD AMBIENTAL

- PROPÓSITO** Preservar y recuperar el medio ambiente, y reducir los mayores riesgos para la salud pública.
- RESULTADOS ESPERADOS**
- . Se habrán identificado, probado, recolectado y difundido indicadores de salud ambiental en la frontera
 - . Se habrá mejorado la capacidad de las comunidades de la frontera México/Estados Unidos para prevenir, mitigar y responder a los desastres

ALIANZAS PARA LA SALUD DE LA FRONTERA

- PROPÓSITO** Aumentar la participación social y la intersectorialidad en la planificación, desarrollo, ejecución y evaluación de intervenciones orientadas a disminuir los años de vida potenciales perdidos por causas identificadas en la iniciativa Frontera Saludable 2010.
- RESULTADOS ESPERADOS**
- . Se habrá fomentado la formulación de intervenciones orientadas a lograr los objetivos de la iniciativa Frontera Saludable 2010 y se habrán fortalecido las alianzas interinstitucionales entre los gobiernos locales, las instituciones académicas y los sectores afines al sector salud

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

- PROPÓSITO** Situar la promoción de la salud como estrategia prioritaria para alcanzar los objetivos planteados en la iniciativa Frontera Saludable 2010.
- RESULTADOS ESPERADOS**
- . Se habrá establecido un plan de trabajo binacional fronterizo de promoción de la salud y prevención de enfermedades
 - . Se habrá puesto en práctica la estrategia Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles" (CARMEN) en la frontera México/Estados Unidos
 - . Se habrán ejecutado proyectos piloto sobre diabetes, dirigidos a reducir las complicaciones de los pacientes con diabetes identificados por el Proyecto Binacional de Diabetes, y reducir los factores de riesgo de sus familiares

COORDINACIÓN INTERPROGRAMÁTICA Y GERENCIA DE PROYECTOS

- PROPÓSITO** Fortalecer la coordinación interprogramática y la gerencia de los proyectos.
- RESULTADOS ESPERADOS**
- . Se habrá fortalecido la capacidad técnica y el bienestar del personal de la oficina de campo
 - . Se habrá contribuido al desarrollo de la salud en la frontera por medio del trabajo de equipo, la búsqueda de alianzas estratégicas, la movilización de recursos y la negociación

Recursos US\$	Presupuesto ordinario		
	2004-2005	2006-2007	
Oficina de Campo: Frontera México/Estados Unidos	1.510.700	1.400.700	
Total	1.510.700	1.400.700	
2006-2007 Desglose presupuestario por área de trabajo	Puestos	No-Puestos	Total
Promoción de la salud	0	91.500	91.500
Información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación	0	280.000	280.000
Liderazgo y coordinación de la cooperación en los países	619.200	110.000	729.200
Operaciones de las representaciones de la OPS/OMS	0	300.000	300.000
Total	619.200	781.500	1.400.700