

CAPÍTULO 2: LA AGENDA INCONCLUSA, LA ÉTICA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO

105. Los notables adelantos en las condiciones de salud y en el acceso a los servicios asistenciales en América Latina y el Caribe no han sido uniformes. Continúa existiendo una deuda acumulada que se refleja especialmente en aquellos problemas de salud y condiciones de vida que afectan desproporcionadamente a los sectores sociales más desfavorecidos. Las enfermedades, la muerte y la discapacidad se concentran donde hay pobreza y a la vez merman la capacidad productiva y de desarrollo de una sociedad. Atender a esta carga de injusticia social es tarea impostergable para la sociedad del siglo XXI.

106. Se trata de una tarea muy compleja. No sólo se requiere revertir la situación de pobreza en que vive una gran parte de la población, sino también erradicar los factores sociales, étnicos, culturales y raciales que perpetúan la desigualdad y la exclusión social y que predisponen a ciertos grupos a enfermar con más frecuencia que otros, o les reducen las posibilidades de disfrutar de las mismas oportunidades que el resto de la sociedad. Por su situación vulnerable, hay que enfocar la atención en las personas discapacitadas, los ancianos, los niños, las mujeres y las poblaciones amerindias o afrodescendientes. Es preciso luchar contra la desigualdad de género, el estigma y la discriminación en las comunidades y en los servicios de salud y abordar las causas de aquellas enfermedades que han sido descuidadas porque afectan en su mayor parte a los habitantes pobres de zonas rurales o marginales.

107. En la esfera sanitaria, la atención primaria de salud (APS) es el camino más certero para lograr las metas vinculadas con la agenda inconclusa y con los ODM. Hoy se reconoce plenamente que la solidaridad social y la participación comunitaria, piedras angulares de la APS, son indispensables para conseguir cambios profundos y prácticas sustentables que mejoren la salud, que reduzcan los factores de riesgo de las enfermedades y aquellas inequidades que limitan el acceso a la atención de salud y el desarrollo social. Por este motivo, los Estados Miembros de la OPS han hecho un llamado colectivo a renovar la estrategia de la APS y reorganizar de manera acorde sus sistemas de salud. Para facilitar este propósito con una mayor integración y coherencia interna, se estableció en el 2007 el Grupo de Trabajo Interprogramático para la Atención Primaria de Salud.

La atención a los grupos vulnerables

El proyecto de salud y los derechos humanos

108. En su calidad de oficina regional de la OMS y organismo especializado en materia de salud de la OEA, la OPS tiene entre sus funciones la de proteger en sus Estados Miembros el derecho de todo habitante a disfrutar del mejor estado de salud posible.

109. Con el objetivo de diseminar las normas y estándares internacionales que protegen el derecho a la salud y otros derechos básicos en los grupos de población vulnerables, la OPS ha organizado talleres de capacitación con la colaboración de otros organismos, entre ellos la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Además, la OPS ha llevado a cabo con muy buenos resultados talleres de capacitación para su propio personal técnico y gerencial, así como para el personal de salud pública en nueve países.

**Paraguay adopta medidas cautelares para proteger a las personas reclusas
en un hospital neuropsiquiátrico**

En 2004, se firmó en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la OEA un acuerdo histórico entre el Gobierno de Paraguay y dos ONG que obedeció a un llamado de estas últimas a tomar con urgencia medidas cautelares para proteger a las 450 personas internadas en el Hospital Neuropsiquiátrico de Paraguay. Desde el inicio de este proceso, la OPS proporcionó asesoramiento técnico en materia de salud, discapacidad, rehabilitación y derechos humanos al gobierno nacional y a la Comisión. Por primera vez un Estado Miembro de la OPS se comprometía formalmente a reformar sus servicios de salud pública a la luz de las disposiciones de los tratados regionales de derechos humanos y según las recomendaciones de los organismos regionales defensores de esos derechos. El acuerdo fue el resultado directo de la colaboración técnica de la OPS con sus Estados Miembros en la diseminación de información sobre los derechos humanos; la capacitación técnica del personal de salud pública en torno a los estándares aplicables en materia de derechos humanos, discapacidad y salud; y la revisión de leyes y políticas de salud a la luz de la normativa internacional de derechos humanos.

La colaboración de la OPS con organismos regionales e internacionales de derechos humanos

110. La OPS colabora ampliamente con organismos regionales de derechos humanos, tales como el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, el Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y el Relator del Derecho a la Salud. La colaboración entre la OPS y la CIDH entraña visitas a instituciones de salud pública; la interpretación técnica de la Convención Americana y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre a la luz de los estándares internacionales de protección que se aplican en campos tales como la salud mental, la infección por VIH y las enfermedades desatendidas; y la toma de medidas cautelares. La colaboración técnica entre estas dos agencias, orientada a proteger la vida, la integridad personal y otros derechos de las personas reclusas en centros de salud o portadoras de ciertas enfermedades, ha redundado en reformas importantes.

La salud de los pueblos indígenas de las Américas

111. En el quinquenio de 2003-2007 la OPS ha impulsado la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas con la participación permanente de las propias comunidades amerindias, fomentando el reconocimiento y respeto por su sabiduría ancestral. Dos hitos importantes son: la evaluación de los logros de salud al cabo del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo en el 2004, y la resolución CD47.R18, aprobada por el 47.º Consejo Directivo en septiembre del 2006. Esta última estableció para el período de 2007 a 2011 la incorporación de la perspectiva indígena en el cumplimiento de los ODM y en las políticas de salud nacionales, un mejor conocimiento de la salud de los pueblos indígenas, la incorporación de un enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud de la Región como parte de la estrategia de APS, y el desarrollo de alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos.

112. Con el patrocinio del Fondo Indígena se han creado dos programas de postgrado en que se combinan el conocimiento académico tradicional y el autóctono: el Diplomado Internacional de Salud Intercultural de la Universidad de la Frontera (UFRO) en Chile y la Maestría en Gestión Intercultural de la Salud de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN). Este trabajo se ha beneficiado, además, del establecimiento de alianzas estratégicas con agencias como UNICEF, CEPAL y el Organismo Regional Andino de Salud, así como de la participación en redes del ámbito regional y mundial, como la Red de Salud Intercultural y el Foro Permanente de Asuntos Indígenas de las Naciones Unidas.

113. Con el Proyecto Regional de Mejoramiento de las Condiciones Ambientales (Agua y Saneamiento) en las Comunidades Indígenas se obtuvieron algunos resultados interesantes, tales como dos proyectos de cooperación técnica entre países. El primero, conocido por “Agua y saneamiento en poblaciones indígenas”, permitió el intercambio de experiencias entre Panamá, El Salvador y Guatemala. El segundo proyecto, denominado “Atención primaria ambiental en poblaciones indígenas de Costa Rica, Guatemala y Panamá”, incorporó la educación del público en torno al manejo de desechos sólidos y líquidos, la higiene personal, los sistemas de drenaje de aguas servidas y la contaminación del aire en el domicilio.

114. También en Panamá se conformó el Grupo Nacional de Trabajo (GNT) con la participación de las comunidades autóctonas y de diversas entidades gubernamentales e internacionales, incluidos el UNICEF y la OPS, y se ejecutó un proyecto nacional, de enfoque intercultural, conocido por “Vigilancia de la calidad del agua en comunidades indígenas”. El proyecto, que fue impulsado por el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria (CEPIS) con el financiamiento de la Cooperación Alemana para el Desarrollo (GTZ), se centró en la comunidad de Unión Chocó, en la comarca de Emberá, y suscitó el interés de las organizaciones representadas en el GNT y especialmente del Ministerio de Salud, por establecer un sistema nacional para la vigilancia de la calidad del agua de consumo. Las comunidades indígenas de Ipetí-Emberá y Haytupo-Kuna también se

beneficiaron de la capacitación impartida en el contexto de la APS para mejorar sus condiciones ambientales.

Taller sobre la salud del pueblo indígena miskito y los derechos humanos

Entre 1999 y 2004, 596 buzos del pueblo indígena miskito en la Costa Atlántica de Nicaragua y Honduras sufrieron el síndrome de descompresión durante el desempeño de la pesca submarina de langostas, que constituye su principal actividad laboral. En ese mismo periodo 13 buzos murieron debido al mal estado de las cámaras hiperbáricas, a la falta de servicios de rehabilitación adecuados y a condiciones de trabajo incompatibles con los estándares internacionales.

En 2004 la OPS llevó a cabo en Puerto Lempira, Honduras, un taller nacional sobre los derechos humanos, la discapacidad y la salud de los pueblos indígenas en el que participaron autoridades gubernamentales, líderes del pueblo miskito, la Defensoría de Derechos Humanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y distintas organizaciones de la sociedad civil. Como resultado del asesoramiento de la OPS acerca de las normas regionales e internacionales de derechos humanos que protegen a los pueblos indígenas, el Ministerio de Salud de Honduras reparó las cámaras hiperbáricas y mejoró los servicios médicos y de rehabilitación. Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos colabora con la OPS para continuar revisando la situación de los miskitos de conformidad con los tratados regionales de derechos humanos y con los estándares regionales e internacionales en cuestiones de discapacidad, rehabilitación y salud.

115. En Colombia y Ecuador la OPS trabaja con las comunidades del Departamento del Cauca y del cantón Cotacachi, respectivamente, aplicando un enfoque intercultural que permite aprovechar, además de los recursos ofrecidos por los servicios de salud, los recursos médicos tradicionales de la comunidad y el personal de salud indígena. Las actividades se centran en la promoción de entornos saludables, la lucha contra la tuberculosis y la protección de la salud sexual y reproductiva.

116. Debido a su hábitat, alimentación y situación de desplazamiento, los indígenas en Colombia tienen tasas de incidencia de tuberculosis que superan el promedio nacional (25 casos por 100.000 habitantes). En 2002, Colombia se incorporó a un proyecto financiado por la OPS y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) para la adopción de la estrategia del tratamiento abreviado por observación directa DOTS (*directly observed treatment, short-term*) en poblaciones indígenas.

Los grupos desplazados

117. Los conflictos políticos y los desastres naturales han llevado al desplazamiento de millones de personas en países de América Latina y el Caribe. En Colombia hay alrededor de 2 millones de desplazados, en su mayoría mujeres y niños, debido a la situación generada con grupos armados ilegales. Estas personas viven en condiciones de

vulnerabilidad económica y social. La OPS se ha concentrado en fortalecer la coordinación entre diferentes actores del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional dedicados a proteger a los desplazados y refugiados y en abogar por una mejor salud para estos grupos. Como resultado de este trabajo conjunto de la OPS con el Gobierno de Colombia y el apoyo de otras agencias y socios financieros, se ha observado desde 2003 un incremento de la capacidad para destinar recursos públicos a la asistencia humanitaria por parte de las autoridades territoriales de los municipios y territorios afectados.

Las personas con discapacidades

118. Las personas con discapacidades tienen difícil acceso físico y económico a tratamientos, medicamentos esenciales y bienes y servicios de salud y rehabilitación, así como al goce de sus derechos humanos y libertades fundamentales. En la Región de las Américas, de 7 a 10% de la población, o sea alrededor de 60 a 80 millones de personas, tienen algún tipo de discapacidad. Las cifras nacionales de prevalencia de discapacidad en la región son muy variadas; esto obedece a la diversidad de metodologías empleadas y a la ausencia de armonización y homologación de criterios técnicos en la conceptualización de discapacidad.

119. Conscientes de las limitaciones que tienen los censos de población para caracterizar la situación de la discapacidad en la población en general, algunos países han realizado encuestas de prevalencia específicas, como es el caso de Argentina y Uruguay, donde las cifras encontradas están por el orden del 7,1 y 7,6 %, respectivamente. En Cuba se realizó un estudio psicosocial de las personas con discapacidades y de los rasgos sociales y clínico-genéticos de las personas con retraso mental. El estudio, que se llamó Por la Vida y que se terminó en 2003, abarcó los 169 municipios del país. Más recientemente, con la aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en mayo del 2001, se han comenzado a realizar estudios de prevalencia teniendo esta clasificación como base técnica. Entre el 2003 y 2005 se han realizado estudios nacionales basados en CIF en Chile, Ecuador, Nicaragua, Panamá y más recientemente en el módulo de discapacidad del Censo de población de Colombia.

120. La OPS presta cooperación técnica en este campo a los países de la Región mediante su Programa Regional de Prevención de Discapacidades y Rehabilitación y otras intervenciones interprogramáticas. Además, colabora con los Estados Miembros para generar políticas, planes, intervenciones y proyectos destinados a prevenir la discapacidad y lograr que las personas discapacitadas se rehabiliten y gocen de las mismas oportunidades que el resto de la población. En la mayoría de los países hay servicios de rehabilitación en los centros asistenciales de alta complejidad, y se ha venido impulsando desde hace más de dos décadas la estrategia de servicios de rehabilitación de base comunitaria (RBC) para la atención integral de las personas con discapacidad, aunque no todos los países la han incorporado aún en sus planes nacionales de salud.

121. Chile ha sido el primer país en la Región en elaborar una versión abreviada de la CIF. Realizó su primer Estudio Nacional sobre Discapacidad mediante una encuesta a 14.000 familias para determinar el alcance, la distribución y la naturaleza de las discapacidades en la población. Asimismo, Panamá, con la activa participación de la OPS, ha realizado su primera encuesta sobre la discapacidad (PENDIS), ha adoptado medidas que favorecen la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, y ha creado tanto un consejo como una secretaría nacional para la integración social de las personas con discapacidad (CONADIS y SENADIS).

122. En Cuba, la atención a las personas discapacitadas constituye una de las áreas prioritarias del Sistema Nacional de Salud. La OPS ha incorporado en su programa de cooperación el apoyo a este sistema en el desarrollo de capacidades para enfrentar la discapacidad como problema de salud pública, así como el perfeccionamiento de los programas de atención integral a las discapacidades.

La igualdad y la equidad de género

123. De las conferencias mundiales e interamericanas han emanado importantes mandatos que exigen que los gobiernos nacionales promuevan la igualdad de género en la formulación de sus políticas y programas públicos. En la Región, la igualdad de género se ha resaltado en particular en la Convención de Belém do Pará (1994) acerca de la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer y en la Cumbre de las Américas de 2002, que fijó las metas para la igualdad de género en la Carta de Quebec.

124. Las desigualdades de género se manifiestan de distintas maneras en la esfera de la salud, sobre todo en el acceso dispar de hombres y mujeres a los servicios asistenciales y en la falta de atención a las necesidades sanitarias particulares de cada sexo. La OPS ha integrado la perspectiva del género en todas las facetas de su trabajo: la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, programas, proyectos e investigaciones. La Política de la OPS en materia de Igualdad de Género, presentada en 2005, consiste en trabajar con los gobiernos, la sociedad civil y otras entidades en los Estados Miembros para eliminar toda desigualdad entre hombres y mujeres en materia de salud y avanzar hacia el empoderamiento femenino. El objetivo primordial es que tanto los hombres como las mujeres gocen de un estado óptimo de salud y bienestar durante todo su ciclo vital.

125. Las acciones se ajustan a la política de género de la OMS, aprobada en 2002, y a la decisión en todas las agencias de las Naciones Unidas de “transversalizar” la perspectiva de género, es decir, incorporarla en todas sus políticas y programas. Responde, además, al PE 2003-2007, que estipula que “la reducción de la repercusión de la pobreza, del género y del grupo étnico como factores determinantes de las inequidades en la situación sanitaria y en el acceso a la atención de salud debe integrarse en todos los programas”.

126. La OPS también impulsa la igualdad de género en su propia fuerza laboral, en consonancia con resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Contempla la igualdad de género en sus políticas y programación, incluso en el presupuesto bienal por programas. La transversalización del género, aunque inicialmente a cargo de la Unidad de Género, Etnia y Salud, compete a todos los departamentos y niveles de la Oficina y los ministerios de salud, otros sectores gubernamentales, instituciones académicas y de investigación y ONG. Todas las áreas técnicas y administrativas de la OPS tienen puntos focales de género, como también cada representación y ministerio de salud. Éstos y todas las áreas y unidades de la Oficina recopilan los datos desglosados por sexo para permitir su análisis desde el punto de vista del género y diseñar materiales e intervenciones con el mismo enfoque.

La desnutrición y la inseguridad alimentaria

127. En América Latina y el Caribe, una buena parte de la población consume cantidades insuficientes de nutrientes y calorías, lo cual puede dar origen a una amplia gama de manifestaciones clínicas. La nutrición subóptima, cuando se sufre temprano en la vida, menoscaba el capital humano, el ingreso, la productividad y el desarrollo, como lo muestran el Estudio Longitudinal de Crecimiento y Desarrollo realizado por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y otros estudios afines.

128. Los análisis efectuados en la Región, con base en estadísticas nacionales y estudios específicos, han confirmado que la desnutrición aguda es menos común que la crónica en todos los países de la Región. Por otra parte, esos estudios también han permitido identificar los determinantes del problema, que fundamentalmente se asocian con el sistema agroalimentario nutricional y directamente con la disponibilidad, la accesibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos, y por ende, con a la inseguridad alimentaria y nutricional.

129. A lo largo del quinquenio, algunas iniciativas conjuntas del sector de la salud y otros sectores, con la participación de la OPS y sus centros especializados, han producido muy buenos resultados a nivel nacional y subregional, sobre todo en lo que respecta al estado nutricional en la infancia. Tal ha sido el caso del Movimiento de Municipios Productivos en Cuba; los Municipios por el Desarrollo en Centroamérica; los programas transfronterizos de salud y seguridad alimentaria y nutricional en varios países; los programas y medidas nacionales para reducir la población con hambre (por ej., Hambre Cero en Brasil y el nombramiento del Comisionado contra el Hambre en Guatemala) y distintas iniciativas subregionales en el contexto de la iniciativa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) lanzada en los años noventa.

130. En materia de nutrición, la OPS ha ejercido su cooperación técnica por medio de sus centros subregionales (INCAP y el CFNI), movilizándolo recursos y transfiriendo tecnologías y metodologías a las instituciones nacionales. En Costa Rica, el INCAP ha

apoyado la SAN para combatir la inequidad y la desigualdad de género que aquejan al país y contribuir al desarrollo integral de las familias pobres que habitan en comunidades postergadas.

131. Las actividades de reducción de la desnutrición crónica han sido particularmente exitosas en Centroamérica. A partir de la aprobación de una propuesta específica, sometida por el Programa Mundial de Alimentos (PMA), en la XXI reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD), celebrada en Belice en el 2005, todos los países, con el apoyo de la OPS, el PMA y el INCAP están fortaleciendo acciones e implementando una nueva generación de programas alimentarios y nutricionales, basados en pruebas científicas. En el caso de Guatemala, la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional ha coordinado esfuerzos intersectoriales del sector público, la iniciativa privada y la sociedad civil mediante la focalización de programas alimentarios y sanitarios en los municipios más prioritarios, mientras que otros países de la subregión han priorizado iniciativas tipo transferencia condicionada de recursos.

132. Desde 2003, en Honduras se ha impulsado la microempresa rural femenina, no sólo para combatir la inseguridad alimentaria, sino para empoderar a las mujeres y darles participación en los procesos de desarrollo. En Bolivia, el modelo de la AIEPI nutricional se ha rediseñado y forma parte esencial del programa Desnutrición Cero Bolivia 2010, lanzado en julio del 2007 para reducir radicalmente las tasas de desnutrición en los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas. El programa Desnutrición Cero se está difundiendo aceleradamente en toda la Región y la evaluación nutricional ha pasado a ser el primero en vez del último paso en el algoritmo de la AIEPI.

133. Hubo otros logros. La valoración del crecimiento lineal se ha sumado a la del peso para la edad, lo cual reviste especial importancia en la Región, donde el retraso del crecimiento es mucho más frecuente que el peso insuficiente para la edad. La talla se está añadiendo al protocolo de evaluación del crecimiento en Bolivia, Guyana, Honduras, Nicaragua y otros países.

Las nuevas pautas de crecimiento infantil de la OMS

En abril de 2006, la OMS lanzó nuevas pautas de crecimiento infantil para niños amamantados al pecho. Las nuevas curvas de crecimiento ya se aplican en el ámbito clínico en Bolivia, Brasil y Chile. En otros 13 países de la Región la OPS ha realizado talleres nacionales con entidades clave, incluidos los ministerios de salud, sociedades pediátricas, agencias de las Naciones Unidas, organismos bilaterales y ONG, para promover la adopción de las pautas. Argentina, Guyana y México ya están en proceso de adoptarlas. La OPS ha ofrecido, además, tres cursos subregionales —en América del Sur, el Caribe y Centroamérica— sobre la valoración adecuada del crecimiento.

Como resultado de estas acciones, un grupo de facilitadores actualmente diseña y dicta cursos nacionales para capacitar a los trabajadores de la salud en el uso e interpretación de las nuevas curvas. En países como Colombia, las nuevas pautas han suscitado la revisión de todos los programas e intervenciones nutricionales con miras a rediseñarlos o a adoptar otros mejores para conseguir resultados más favorables. La OPS, con el apoyo de la OMS, ha introducido las nuevas pautas de crecimiento y ha proporcionado materiales de capacitación.

La OPS ha preparado un manual conocido como la *Guía para el monitoreo del desarrollo infantil* con versiones en español, inglés y portugués, con la cual en los últimos dos años se ha adiestrado a casi 1.000 profesionales de la salud en 10 países de la Región.

134. Con el apoyo de la OPS, se han dado cursos y dictado conferencias sobre la mala nutrición en México; se han elaborado materiales educativos y guías de alimentación, y se ha dado apoyo a los congresos nacionales de nutriología. También se ha estudiado el impacto nutricional de la suplementación alimentaria bajo el Programa Gratuito de Leche Industrializada Conasupo y la Secretaría de Desarrollo Social (LINCONSA-SEDESOL) en los menores de 5 años.

135. Partiendo de las experiencias vividas en la Región, el Consejo Directivo aprobó (CD47.R8) en septiembre de 2006 la Estrategia Regional sobre Nutrición en la Salud y el Desarrollo 2006-2015. La estrategia aborda las complejas relaciones entre la nutrición y la salud y contempla tanto las carencias nutricionales (representadas por el hambre, la insuficiencia de micronutrientes y la desnutrición crónica, incluido el retraso del crecimiento) como los excesos y desequilibrios que resultan en las epidemias observadas de obesidad y enfermedades crónicas y metabólicas, como la diabetes sacarina, en las poblaciones más pobres.

El Acta de Lima contribuye al cumplimiento de varios ODM

En noviembre del 2006, la OPS y otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas como la FAO, el UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos, agencias bilaterales como la USAID y diversas organizaciones de la sociedad civil firmaron el Acta de Lima como parte de la Iniciativa de Lucha contra la Desnutrición Infantil, que comprende medidas de saneamiento en la lucha contra la pobreza. Al firmar el Acta, la OPS, el Programa Mundial de Alimentos y el UNICEF se comprometieron a ayudar a Perú a elaborar y ejecutar un plan no sólo contra las causas más inmediatas de la desnutrición crónica, sino también contra sus determinantes sociales, reflejados en varios ODM.

La salud infantil y materna

136. Las elevadas cifras de mortalidad infantil y materna son un problema serio en América Latina y el Caribe, sobre todo en las poblaciones indígenas. Hay enormes disparidades entre los países y cifras inadmisibles en los países más pobres, como Bolivia, Guatemala, Haití y Honduras, que quedan ocultas dentro de los promedios regionales. Según los expertos, hay poca información fidedigna sobre la mortalidad materna e infantil en la Región y es preciso contar con más datos desglosados por grupo étnico para poder comprender mejor los determinantes culturales y sociales del problema. En Argentina, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México y Panamá se han celebrado reuniones para examinar las necesidades de los pueblos indígenas y la idoneidad de un enfoque intercultural.

137. La OPS y otros organismos trabajan intensamente en programas comunitarios con parteras y líderes de la comunidad a fin de mejorar las condiciones sanitarias y la atención con personal calificado durante el parto e identificar y remitir a tiempo los casos en riesgo.

La Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

138. El potencial para mejorar la salud pública en el nuevo milenio radica en la mutua colaboración entre las familias y comunidades y los sectores de salud y protección social. Se calcula que con buenas intervenciones comunitarias se podrían evitar casi la mitad de las muertes en la niñez. La iniciativa de la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) se lanzó en la Región en 1996 para reducir la morbilidad y mortalidad causadas por las enfermedades prevenibles propias de los niños menores de 5 años. La AIEPI tiene tres componentes básicos —el clínico, el neonatal y el comunitario— y las necesidades locales determinan cuál de ellos se debe impulsar en cada lugar y circunstancia.

139. En la Región, la AIEPI ha transformado la atención de la salud en la familia y ha generado un nuevo tipo de movilización comunitaria. En los países donde se ha adoptado

ha servido para inculcar prácticas familiares beneficiosas para la salud de los niños y permitir la atención de los niños enfermos en la propia comunidad. También ha mejorado la equidad al concentrarse en zonas de población vulnerable o autóctona.

140. En enero de 2007 concluyó, con buenos resultados, la alianza establecida en el 2000 entre la OPS, la Cruz Roja Estadounidense (CRE) y la Fundación de las Naciones Unidas (UNF) para ayudar a los ministerios de salud y a las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja en Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Venezuela a introducir la estrategia AIEPI en el seno de la familia y la comunidad. La labor realizada por la alianza dejó sentados los cimientos para una colaboración interinstitucional gracias a la cual el componente comunitario de la AIEPI se ha incorporado de un modo definitivo en los planes y políticas oficiales de los 11 países mencionados. La OPS proporcionó el liderazgo y el apoyo técnico necesarios para que la estrategia AIEPI se convirtiera en un elemento de programación nacional basado en los principios fundamentales de la APS.

141. Para fomentar el componente comunitario de la AIEPI se creó un modelo a base de actores sociales en el que la comunidad entera identifica sus necesidades de salud partiendo de datos epidemiológicos e idea intervenciones y programas que más tarde pone en marcha.

**La AIEPI comunitaria rinde frutos abundantes
en Bolivia, Perú y Honduras**

En Bolivia la AIEPI se integró en la política de salud nacional para apoyar la iniciativa gubernamental de Cero Desnutrición Bolivia 2010, y el modelo comunitario de actores sociales se ha venido aplicando ampliamente. En Cotahuma, zona periurbana pobre de La Paz donde predominan los indígenas de lengua aimara, el trabajo comunitario con la AIEPI transformó hábitos familiares de importancia clave para la salud infantil y catalizó la acción conjunta de una serie de actores importantes, entre ellos el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, los voluntarios de la Cruz Roja, las juntas de vecinos, los consejos populares de salud locales, los promotores de salud comunitarios y la alcaldía.

En el distrito de Chao, Departamento de La Libertad, Perú, también se aplicó el modelo de actores sociales para impulsar la AIEPI, que tuvo un efecto positivo sobre los conocimientos de los padres acerca de la salud de sus hijos. Resultados similares se obtuvieron en Honduras, donde también se logró que las madres aprendieran a reconocer los signos de alarma en sus hijos menores de 5 años con infecciones respiratorias e intestinales y a buscar atención médica de inmediato.

142. En Guyana la AIEPI, introducida en 2001 para reducir la alta mortalidad infantil, ha sido muy exitosa, dadas la grave escasez de recursos y la dificultad para llegar a los habitantes de zonas remotas sin servicios de diagnóstico esenciales. Para fines de

junio de 2007, Guyana ya tenía un número crítico de trabajadores de salud adiestrados en todo el territorio nacional. El Ministerio de Salud, con el apoyo técnico de la OPS, amplió la iniciativa mediante la introducción de la AIEPI comunitaria.

143. En el Ecuador se ha impulsado la AIEPI clínica, neonatal y comunitaria. En vista de la elevada mortalidad en neonatos, en el 2006 se realizaron varios talleres donde se capacitó a cerca de 200 profesionales, entre ellos médicos y enfermeras, en la AIEPI neonatal. Con el apoyo de la OPS 14 universidades del país incorporaron la AIEPI como estrategia integradora clínica y comunitaria en los planes de estudio del personal sanitario. También se fundó el primer banco de leche humana del país en el centro de maternidad quiteño Isidro Ayora.

144. A partir de 2003 el trabajo de la OPS en la República Dominicana se ha centrado en la promoción de la AIEPI neonatal. De 2005 a 2006 la tasa de mortalidad de menores de un año se redujo en 7,3% según datos de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Ello significa que en ese período se logró evitar la muerte de más de 500 niños, sobre todo neonatos, en parte por efecto de la AIEPI neonatal.

145. La OPS ha emprendido una estrategia de cooperación técnica con el departamento de Antioquia en Colombia a fin de integrar las experiencias y prácticas propias de la APS, la AIEPI y el Programa de Mejoramiento Alimentario y Nutricional (MANA) de la Gobernación de Antioquia.

La mortalidad materna

146. La elevada mortalidad materna es uno de los problemas de salud pública más graves de América Latina y el Caribe, donde cada año mueren alrededor de 233.000 mujeres a causa de complicaciones del embarazo y el parto. A lo largo de 2003-2007 se ha hecho un gran esfuerzo por fortalecer los sistemas de vigilancia de la mortalidad materna en la Región, especialmente en los países más necesitados. Lamentablemente, en América Latina y el Caribe no siempre hay datos actualizados que permitan saber cuánto se ha adelantado hacia el cumplimiento de esta meta del cuarto ODM.

147. En septiembre de 2002, la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó una nueva estrategia regional con metas concretas para reducir la mortalidad materna basada en las lecciones aprendidas y en las mejores pruebas científicas disponibles. En 2003, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), con sede en Uruguay, impulsó la creación de una red de centros de excelencia a fin de acelerar la puesta en práctica del plan para reducir la mortalidad materna.

148. En Bolivia la mortalidad materna es de 230 por cada 100.000 nacidos vivos, y en Guatemala la razón en la población indígena es mucho mayor que la nacional. Guyana, cuya razón de mortalidad materna en 2003 fue de 123,6 muertes por 100.000 nacidos vivos, desarrolló su Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna 2006-2010. Asimismo, para reforzar la base de datos de mortalidad materna, la OPS ayudó al Ministerio de Salud a establecer un Comité Auditor sobre la Mortalidad Materna en los dos hospitales más grandes del país y le encargó que revisara, investigara y clasificara todas las muertes maternas. El Ministerio de Salud y la OPS también han ayudado a fijar pautas para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y han preparado un programa de adiestramiento sobre lo que debe hacerse en caso de producirse una muerte materna en los centros de maternidad.

149. El CLAP colaboró con la implantación del Sistema de Información Perinatal (SIP) en los hospitales locales, el cual permitirá llevar un control de todas las muertes maternas, perinatales y neonatales en el país. Los datos obtenidos servirán para evaluar la calidad de la atención prestada a las embarazadas desde la primera consulta prenatal hasta la resolución del embarazo.

150. En diciembre de 2004, el gobierno de Panamá y la OPS se comprometieron a afrontar el problema de la mortalidad materna y se elaboró el Plan estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal 2006-2009. El plan comprende la creación de planes de salud locales para ofrecer cuidados obstétricos y neonatales especiales (CONE) y reducir las brechas observadas en materia de salud materna y perinatal en el país. En él se ha dado prioridad a las zonas rurales con un predominio de población indígena y alta mortalidad materna e infantil, donde actualmente se están estudiando los servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia con miras a crear nuevos modelos de atención.

151. En Haití, cuya razón de mortalidad materna es la más alta de la Región, cerca de 76% de las mujeres dan a luz en su casa debido a barreras económicas y 25% sufren complicaciones. En colaboración con el Ministerio de Salud, la OPS ha impulsado la introducción de servicios obstétricos gratuitos como eje de la reforma del sistema sanitario del país, contando con el apoyo de socios solidarios como CIDA (Canadá) y la Comunidad Europea.

152. En México la Secretaría de Salud instrumentó el Programa de Arranque Parejo en la Vida en el periodo de 2001 a 2006 como estrategia nacional para reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil, particularmente en la población con mayores índices de pobreza y marginación. La OPS ha apoyado el componente estratégico del Programa, que abarca actividades de vigilancia, evaluación e investigación operativa. También ha apoyado en nueve estados mexicanos la evaluación del subregistro de la mortalidad materna debido a la mala clasificación de las muertes. Ello ha permitido mejorar las estadísticas de mortalidad materna con el método de RAMOS (*reproductive age mortality survey*) modificado.

153. En 2007 el Congreso de la República del Perú celebró un foro donde funcionarios del Ministerio de Salud, la OPS, el UNFPA, el UNICEF, CARE y representantes de otras entidades firmaron un acta de compromiso para apoyar la Alianza Nacional por una Maternidad Saludable y Segura.

Se promueve la maternidad segura en Colombia

En el 2000, Colombia tuvo una razón de mortalidad materna de 105 por 100.000 nacidos vivos, excesiva para su grado de desarrollo y elevado gasto público en la salud. El Ministerio de Protección Social de Colombia avaló en 2003 la creación de una red de cuatro centros de excelencia para mejorar la vigilancia y la calidad de la atención materna y neonatal.

Con el apoyo de la OPS los centros colombianos han puesto en marcha el sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna para cubrir alrededor de 223.000 de los 800.000 partos que se registran anualmente en el país. Se estima que en las áreas de influencia de los centros la mortalidad materna ha bajado en 25 a 40% en el periodo de 2003 a 2006.

Desde 2003, la Representación de la OPS en Colombia se ha encargado de concertar el plan anual de trabajo y de coordinar el monitoreo de pares, que ha permitido diseñar un sistema de evaluación de procesos y resultados y ha facilitado la actividad cruzada entre distintos centros, así como la articulación con las autoridades sanitarias nacionales y departamentales y con el programa regional de la OPS. El CLAP ha capacitado a los puntos focales de los centros y hospitales locales de las áreas de influencia, ha proporcionado instrumentos metodológicos para su trabajo y ha dado el apoyo financiero inicial.

El embarazo en la adolescencia

154. Velar por la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (SSRA) es tarea indispensable en el contexto de los ODM y de la reducción de la pobreza, si se entiende por pobreza no sólo una escasez de ingresos, sino también la baja escolaridad, un estado vulnerable mental y físico y la poca participación política y social.

155. Como parte de su iniciativa para la promoción de una sexualidad sana y la prevención del embarazo en adolescentes, la OPS ha venido apoyando a los países en el desarrollo de políticas y sistemas de información; la creación de capacidades e integración de servicios de SSRA y de VIH, y el fortalecimiento del trabajo interagencial e intersectorial con un enfoque ecológico, de género, de derechos, y de participación ciudadana con incorporación de las pruebas científicas más recientes.

156. Se han elaborado instrumentos para la promoción de la salud de los adolescentes, como la *Guía para abogar por la salud integral de los/las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva* y las *Recomendaciones para los servicios de salud integrales*

para los/las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva, y se han celebrado talleres en 11 países de la Región. También se han preparado materiales didácticos y realizado programas de educación a distancia para mejorar las competencias técnicas de los profesionales de la salud que proveen servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes y adultos jóvenes.

Las enfermedades transmisibles

La infección por el VIH y el sida

157. La infección por el VIH y el sida son problemas de salud pública que requieren atención especial y urgente a escala mundial. En la Región, la distribución epidemiológica, previamente concentrada en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y en los usuarios de drogas inyectadas, está mostrando una clara tendencia a la feminización.

158. El apoyo de la OPS a las actividades orientadas a combatir la infección por el VIH y el sida se conjuga con la labor de otros socios importantes activos en la Región, entre ellos el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

159. La OPS ha venido apoyando a sus Estados Miembros en la preparación de propuestas y el fortalecimiento de mecanismos coordinadores en los países. La OPS ha colaborado con el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida (PEPFAR por la frase en inglés) en los países destinatarios (Guyana y Haití) y ha venido trabajando a la par de la USAID, los CDC y otros socios que están poniendo en práctica el PEPFAR en el Caribe y Centroamérica. Las áreas de colaboración son la reducción del estigma, el apoyo de laboratorio, la vigilancia de casos, el cambio de comportamientos, e intervenciones para la prevención.

160. En consonancia con la reciente política de descentralización de la OPS y con el objetivo de fortalecer la respuesta de la Organización al peligro planteado por las infecciones de transmisión sexual y el VIH, en agosto de 2007 se estableció la Oficina Caribeña de VIH en Puerto España, Trinidad y Tabago. Esta entidad se encarga de crear y coordinar el apoyo técnico al Plan Caribeño de VIH/ITS de la OPS. La Oficina será el principal enlace con entidades que dan financiamiento exclusivo a proyectos de VIH, tales como la Alianza Pancaribeña para el VIH/SIDA (*Pan Caribbean Partnership on HIV/AIDS*, PANCAP), UNAIDS y la Red Caribeña de Personas Seropositivas (*Caribbean Regional Network of Seropositives*, CRN+). CAREC brindará su apoyo sobre todo en materia de laboratorios y vigilancia de la infección por VIH y el CFNI se concentrará en los aspectos nutricionales.

El Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública

En pleno espíritu de panamericanismo, en el año 2000 la OPS creó el Fondo Rotatorio General para Suministros Estratégicos de Salud Pública (Fondo Estratégico) a fin de ayudar a los Estados Miembros a adquirir a precios asequibles los medicamentos y suministros esenciales para el mantenimiento de la salud pública. Esto se logra mediante la capacidad de negociación que confiere la compra de grandes volúmenes directamente a los fabricantes.

El Fondo Estratégico, al que están suscritos algunos países de la Región, es fuente de asesoramiento y capacitación en las áreas de evaluación de las necesidades y planificación de las compras de medicinas y suministros esenciales. En 2004, el Consejo Directivo de la OPS instó a los Estados Miembros a utilizar más el fondo, lo cual llevó a la celebración de talleres en Centroamérica, el Caribe y la región andina para el personal de los ministerios de salud y las principales organizaciones beneficiarias de los proyectos del Fondo Mundial. Las actividades en esas áreas se han concentrado en examinar y formular los planes nacionales de adquisición financiados por el Fondo Mundial para ayudar a los países a salvaguardar los obstáculos administrativos y técnicos que enfrentan al traducir el financiamiento disponible en el suministro de productos. Todas las actividades se han realizado con la asistencia prestada por los centros colaboradores de la OPS/OMS e instituciones técnicas de referencia y con el apoyo del propio Fondo Mundial.

Mediante el Fondo Estratégico, la OPS ha ayudado a los países que participan en iniciativas mundiales de abastecimiento de antirretrovíricos, tales como “Tres millones para 2005”, y en proyectos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

El principio de los “tres unos”

161. Los “tres unos” representan un nuevo enfoque para la organización de las respuestas contra el VIH en los países. Se basa en la creación de un marco de acción sobre el sida, una autoridad nacional de coordinación de actividades en torno al sida y un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país. La OPS y los otros copatrocinadores del ONUSIDA se reúnen anualmente para planificar en forma conjunta las estrategias, examinar el progreso y armonizar las actividades.

162. Los directores regionales han confirmado nuevamente su compromiso y apoyo a los “tres unos” y su voluntad de trabajar en coordinación con líderes nacionales, socios multilaterales y bilaterales y otros colaboradores clave para poner en práctica los principios de los “tres unos” en los países. La resolución CD45.R10 del 45.º Consejo Directivo de la OPS, adoptada en 2004, apoyó la ampliación del tratamiento de la infección por el VIH y el sida y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) como parte de una respuesta integral a la epidemia.

163. Tras la adopción de esta resolución la OPS ha aumentado su apoyo técnico directo a los países para fortalecer la respuesta del sector de la salud a la epidemia de

infección por el VIH. La OPS continúa descentralizando sus recursos y asistencia técnica, dado que para mejorar la prevención, la atención y el tratamiento no sólo hacen falta medicamentos y otros productos básicos, sino también inversiones en la capacidad de los sistemas de salud para administrar el tratamiento eficaz y equitativamente.

164. Un buen ejemplo de estos esfuerzos es el de Panamá, donde en los últimos cinco años el gobierno, con el apoyo de la OPS, ha alcanzado logros destacables en el camino hacia el acceso universal a la atención integral para las personas con la infección por VIH. También se ha adoptado una ley para proteger los derechos de estas personas. La prevención de la infección vírica se ha reforzado mediante campañas públicas del Ministerio de Salud o de entidades de la sociedad civil. Estas iniciativas han incluido campañas para la eliminación del estigma y la discriminación hacia las personas con VIH.

165. Antes de 2005, en Suriname la mayoría de las pruebas de detección se efectuaban en un solo laboratorio y por indicación clínica y orden médica, pero a partir de ese año el Ministerio de Salud amplió el tamizaje. Aspectos clave de la estrategia han sido la elaboración de un protocolo nacional para el tamizaje, la entrega de los resultados el mismo día, la expansión del número de clínicas y la prolongación de su horario, y la integración de los servicios de prueba voluntaria en los centros de atención primaria.

166. Otra experiencia destacable es la de Guyana, que ha movilizado \$1,2 millones del PEPFAR para financiar sus planes estratégicos contra el VIH y el sida. Con esos fondos la OPS provee cooperación técnica para que los trabajadores de salud en zonas remotas del país puedan poner en práctica planes integrales para reducir las brechas en el tratamiento de los pacientes como parte de la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos. La iniciativa contribuye al cumplimiento del sexto ODM en Guyana y en toda la zona del Caribe.

167. En la República Dominicana se han apoyado intensamente la prevención y el control de la infección por VIH y se han fortalecido los sistemas de vigilancia e información epidemiológica. La cooperación técnica de la OPS se ha orientado a lograr metas y objetivos de impacto, mejorar los sistemas de información, reducir el riesgo en la comunidad y mejorar la atención de las personas afectadas. Como resultado, de 2004 a 2006 las personas diagnosticadas con infección por VIH aumentaron de 5.041 a 14.050; las personas en tratamiento con antirretrovíricos ascendieron de 956 a 5.001; los centros de salud con atención integral para personas con VIH aumentaron de 14 a 46 y los establecimientos de salud con personal capacitado e insumos para las intervenciones establecidas en el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical aumentaron de 22 a 122.

168. Con su programa INTEGRA, Colombia ha integrado el asesoramiento y la prueba voluntaria para la detección de la infección por el VIH en los servicios de salud sexual y reproductiva de algunos municipios. Los principales destinatarios son los jóvenes y el

modelo se está extendiendo a instituciones de salud en aquellas partes del país donde las condiciones de vulnerabilidad en el campo de la salud sexual y reproductiva son marcadas. Junto con el UNICEF, el UNFPA y el ONUSIDA, la OPS ha conformado el comité gerencial del proyecto y dirigido la elaboración de los tres módulos que se utilizan en él, y aporta apoyo técnico para el desarrollo del proyecto y la evaluación de los resultados en los lugares elegidos.

169. En Cuba el Ministerio de Salud, apoyado por la OPS, ha fortalecido el monitoreo y la evaluación de las actividades de lucha contra el VIH y el sida en 47 municipios prioritarios conectados a la red nacional de vigilancia; ha mejorado la red de laboratorios para el diagnóstico local; ha ampliado el programa de tamizaje en las zonas de más riesgo; ha capacitado al personal de salud, sobre todo en los policlínicos de esas zonas y ha establecido un programa de visitas domiciliarias a cargo de enfermeras para reforzar la adherencia al tratamiento.

170. La OPS ha apoyado el intercambio de experiencias y la participación de Cuba en eventos internacionales y ha facilitado la creación de un Proyecto Multipaís para la prevención y el control del VIH y el sida en la Región bajo la coordinación de Cuba. El proyecto, en el que participan Bahamas, Belice, Guatemala, Guyana, Jamaica, Honduras y Nicaragua, se dirige a identificar las mejores prácticas y lo aprendido sobre la prevención y el control del VIH y el sida en el área de la transmisión materno-infantil; a promover la cooperación técnica entre los países y a documentar y difundir las mejores prácticas y experiencias positivas y negativas y las recomendaciones correspondientes.

**Chile formula un índice de la calidad de vida de las personas
con la infección por el VIH o el sida (2003-2007)**

En el contexto del Proyecto Chile de Aceleración y profundización de la respuesta nacional intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia de VIH/SIDA en Chile, que fue aprobado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, en 2006 se realizó en Santiago y Valparaíso una encuesta transversal sobre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento antirretrovírico en 409 personas afectadas por el VIH que fueron atendidas en los ocho hospitales públicos de mayor concentración de personas con positividad al VIH en el país.

La actividad ha permitido crear un índice para calcular el impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar de las personas infectadas. El índice creado, además de arrojar luz sobre la calidad de la vida de las personas afectadas por el VIH y el sida, pone de relieve el contraste entre este grupo y la población del país en general y destaca el impacto de los factores determinantes de tipo social en la situación vital de esta población. Se ha realizado también un taller de cooperación sur-sur con aportes del CONASIDA, el Programa Nacional de SIDA de Brasil y la OPS.

La OPS colaboró con el Fondo Mundial en el diseño del proyecto, formó parte del mecanismo de coordinación del país para su dirección y gestión y aportó financiamiento. La cooperación sur-sur en la prevención simultánea de la infección por VIH y el sida y de las infecciones de transmisión sexual ha permitido que los equipos participantes comprendan mejor la importancia de adoptar medidas complementarias.

El Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS de 2007

Entre el 15 y el 20 de abril de 2007 se realizó en Buenos Aires, Argentina, el tercer Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA, cuyo lema fue “Latinoamérica y el Caribe: unidos en la diversidad hacia el acceso universal”. Sus principales objetivos fueron impulsar el acceso universal a la educación pública para la prevención de la infección por el VIH, el acceso al tratamiento y una atención de salud prestada con respeto y sensibilidad.

Paralelamente, las Redes Regionales Comunitarias de América Latina y el Caribe en VIH/SIDA (LACCASO, ICW Latina, REDLA, RELARD, REDLACTRANS, ASICAL, MLCM+, REDTRASEX) convocaron al Foro Comunitario de 2007, dedicado al tema de los “25 años de la epidemia del VIH/SIDA y la respuesta del movimiento comunitario y sociedad civil de América Latina y el Caribe; pasado, estado actual, desafíos y oportunidades para el futuro”.

El Foro Comunitario es un espacio para el diálogo y trabajo conjunto entre las comunidades y entidades civiles de la Región cuya labor se relacione de alguna manera con el campo del VIH y el sida. En el Foro Comunitario, celebrado el 18 de abril, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe participó en el lanzamiento regional de la campaña “Las mujeres no esperamos, ¡acabemos con el sida y la violencia ya!” Se trata de una coalición femenina internacional que promueve la salud y los derechos humanos de las mujeres en el marco de la lucha contra el VIH y la violencia contra la mujer. La campaña, encaminada a responder eficazmente a ambos problemas, refleja el hecho de que la feminización de la epidemia de infección por VIH se ve agravada por la violencia contra las mujeres y las niñas.

171. En relación a la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PTMH) y considerando el informe de 11 Estados Miembros de la OPS, la cobertura de programas de PTMH varía desde 2,1% en Paraguay hasta 87% en Argentina, con grandes disparidades en los países y entre los países. Existen nuevas experiencias en torno a este tema, como en Bahamas, donde no se registró ningún caso de muerte infantil debido a la infección por el VIH o el sida en el año 2002, y en Trinidad y Tabago, donde entre el 85 y 95% de las mujeres gestantes fueron sometidas a pruebas de diagnóstico para el VIH entre los años 2002 y 2005.

El dengue

172. El dengue, enfermedad de gran impacto epidemiológico, social y económico, constituye un problema creciente para la salud pública mundial y en particular para las Américas. En 2007, frente al peligro de una epidemia regional, la OPS puso en alerta a toda la Región. Los países se han esforzado por preparar y poner en práctica la Atención Integrada del Dengue, pero aún se mantienen los factores que facilitan la transmisión en la Región, lo cual ha impedido cumplir la meta de reducir la incidencia en 40% para 2007, si bien es muy auspiciosa la reducción marcada de la mortalidad a causa de la enfermedad.

173. Centroamérica es una de las zonas más afectadas, con los casos de dengue hemorrágico concentrados mayormente en El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. Para hacer frente al problema, la OPS ha elaborado la Estrategia de Gestión Integrada de Dengue en Centroamérica y República Dominicana (EGI-CAD), basada en un nuevo modelo de trabajo que abarca la promoción de la salud y la búsqueda de nuevas asociaciones para prevenir y controlar el dengue. El programa regional tiene su sede en Panamá y el Grupo Técnico para Dengue se creó en 2003 e incorporó al trabajo del equipo técnico de los países para elaborar en conjunto una estrategia nacional de gestión integrada.

174. El Salvador preparó una guía para la elaboración del Plan Centroamericano para la Prevención y Control del Dengue, que se presentó en la Reunión del Comité Coordinador de la Red Centroamericana de Enfermedades Emergentes y Reemergentes (RECACER), realizada en Panamá el 21 y 22 de agosto del 2003.

175. El dengue es la enfermedad transmisible que más menoscaba la salud pública en Costa Rica, donde se notificaron 37.798 casos en 2005, equivalente a una tasa de incidencia de 890 por 100.000 habitantes. El país adoptó la Estrategia de Gestión Integrada de Dengue (EGI-Dengue), que se está poniendo en práctica en casi todo el territorio nacional con la celebración de talleres regionales de discusión y análisis en cada una de las siete regiones del país. Desde que se puso en marcha la EGI-Dengue, los casos de dengue descendieron en 2006 y 2007, principalmente en las regiones más afectadas del territorio nacional y en la población con las condiciones de vida más vulnerables.

176. En el Ecuador el dengue continúa representando un importante problema de salud pública que trasciende el ámbito de acción del sector de la salud y por lo tanto exige intervenciones integrales, interprogramáticas y multisectoriales con el protagonismo de las organizaciones comunitarias locales. Como resultado de las intervenciones de control vectorial y un adecuado manejo de casos en los hospitales, las defunciones en el país han descendido de 14 en 2005 a 6 en 2006 y a sólo 4 en 2007. Dos iniciativas importantes están en marcha en el Ecuador, una en la comunidad de Paraíso de la Flor y otra en las Islas Galápagos, ambas orientadas a lograr cambios de conducta. Las evaluaciones han mostrado cambios favorables en los hábitos de la población y una reducción del número de casos.

La tuberculosis

177. Aunque la tuberculosis es prevenible y curable, sigue siendo un problema de salud pública importante en las Américas. La presencia simultánea de tuberculosis en muchos pacientes y la aparición de multirresistencia medicamentosa plantean un reto para el control de la enfermedad en todos los países. El problema se ve agravado por las carencias del sector sanitario en los países más pobres y el impacto adverso de las reformas del sector de la salud.

178. A lo largo de la última década se ha adoptado el tratamiento abreviado por supervisión directa (DOTS), que ha permitido mejorar la detección y curación de los casos. La Región se encuentra en buen camino de alcanzar los indicadores y metas de los ODM. No obstante, los mejores resultados se han alcanzado en países con ingresos altos o medianos y programas nacionales de tuberculosis de larga data.

179. Durante el quinquenio, la cooperación técnica de la OPS con el Ministerio de Salud de Brasil ha redundado en la ampliación del DOTS en el país, donde se ha capacitado a más de 40.000 profesionales de salud en la aplicación de medidas de control. Se ha consolidado el Forum de Parceiros (Partnership/Brasil) para el control de la tuberculosis con la participación de más de 52 organizaciones de la sociedad civil. En el país también se han implantado planes conjuntos contra la tuberculosis y la infección por VIH en grupos de alto riesgo.

180. Debido al diferente estado de desarrollo de los países, la cooperación técnica de la OPS se ha enmarcado en distintos contextos epidemiológicos y operativos y se ha dado prioridad a los países más vulnerables por sus condiciones de pobreza, alta incidencia de tuberculosis, situación respecto del VIH y el sida, y presencia de multirresistencia medicamentosa. El Plan Estratégico Regional de Tuberculosis 2005-2015 se estableció para dar una respuesta diferenciada al problema en cada país mediante iniciativas basadas en la estrategia DOTS que mejoren la calidad de la atención, la participación comunitaria y la movilización social.

181. Haití es uno de los países pobres donde hubo adelantos, pero no los suficientes para que el Programa Nacional de Tuberculosis alcance sus objetivos. Los principales obstáculos son la epidemia de VIH, la baja cobertura con el DOTS (de menos de 60% en el país), el control insuficiente de la entrega de medicamentos, la adaptación a la tuberculosis multirresistente, y escasez de fondos.

República Dominicana fortalece el programa nacional de tuberculosis y reduce el impacto de la asociación con la infección por VIH y el sida

Debido a su elevada carga de tuberculosis, República Dominicana es uno de los nueve países prioritarios de la OPS en materia de tuberculosis y como tal participa en todos los eventos regionales en torno a la iniciativa “Detener la TB” (*Stop TB*). En diciembre del 2001, la USAID firmó un acuerdo de cooperación de dos años con la OPS con el fin de fortalecer el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y adoptar la estrategia DOTS en siete provincias prioritarias y el Distrito Nacional.

En el 2007 se aprobó una extensión del proyecto con la USAID para reforzar las acciones del PNCT mediante la expansión de la estrategia DOTS en cinco provincias y el apoyo a provincias colindantes; consolidar y extender la estrategia a todos los establecimientos de salud en las siete provincias y ocho áreas del Distrito Nacional beneficiadas por el proyecto; fortalecer la detección y atención integral del paciente con tuberculosis multirresistente; dar respuesta a la coinfección de tuberculosis y VIH, articular acciones binacionales para el control de la tuberculosis en la isla de La Española y colaborar con el Proyecto del Fondo Mundial para fortalecer el PNCT. La OPS ha proporcionado apoyo técnico y administrativo y ha movilizado recursos humanos técnicos de otros países con el financiamiento de la USAID y otras agencias.

El paludismo

182. Aunque en la Región la incidencia general del paludismo (malaria) ha disminuido en los últimos años, la enfermedad sigue siendo un problema de salud pública de primera magnitud y los resultados de los esfuerzos de control de distintos países han sido muy dispares. Se calcula que unos 40 millones de personas en la Región viven en zonas de riesgo moderado y alto. En 1992 la OMS, no habiendo podido erradicar la enfermedad, lanzó la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo y, para reforzarla, en 1998 se puso en marcha la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” (HRP) con el propósito de reducir la carga de la enfermedad en 50% para 2010. En el 42.º Consejo Directivo de la OPS, los Estados Miembros donde el paludismo seguía constituyendo un problema de salud pública adoptaron la iniciativa HRP.

183. En Guyana, el paludismo sigue siendo un problema de salud pública importante que ocasiona una buena fracción de las consultas externas en los centros de atención ambulatoria y de los ingresos a hospitales. Guyana cuenta con recursos del Fondo Mundial y de la Red Amazónica para monitorear la Resistencia a Medicamentos Antipalúdicos (RAVREDA), y el actual Ministerio de Salud ha dado prioridad a la lucha contra el paludismo. La enfermedad afecta a más de 85% de la población amerindia, cuyos índices de pobreza superan a los de todos los demás grupos poblacionales del país.

184. En 2005, el Ministerio de Salud emitió un mandato para integrar el programa vertical de paludismo en los Servicios Regionales de Salud. La Red Nacional de Diagnóstico del Paludismo se ha evaluado y reestructurado y se han redactado pautas terapéuticas nacionales para el paludismo sin complicaciones, las cuales se están llevando a la práctica en la actualidad. Tras un estudio del abastecimiento de medicamentos antipalúdicos en el país, se mejoraron los canales de abastecimiento y se definieron políticas nacionales. También se crearon pruebas de laboratorio para la garantía de la calidad de los fármacos antipalúdicos y se adiestró al personal en su aplicación. Se sometieron a pruebas repetidas la cloroquina, la primaquina y la mefloquina en dos mini laboratorios para determinar su calidad.

185. En Suriname se ha reducido la incidencia de la enfermedad en 70% entre 2003 y 2007. El país tiene una Junta para el Paludismo que, con el apoyo de la RAVREDA y con fondos del subsidio del Fondo Mundial, ha dirigido las medidas para mejorar el control y la prevención del paludismo en el país, que está confinado en el interior, habitado por amerindios, afrodescendientes y *garimpeiros* de Brasil. Cada habitante del interior ha recibido un mosquitero impregnado de insecticida de acción prolongada y la iniciativa se ha diseminado por la radio y la televisión en las distintas lenguas que se hablan en Suriname. La OPS participa activamente en la coordinación de la RAVREDA y en la ejecución del proyecto del Fondo Mundial.

**Las Bahamas responden
a un conglomerado de casos de paludismo en Exuma**

A principios de junio de 2006 el Ministerio de Salud de las Bahamas notificó a la Representación de la OPS de varios casos de paludismo de transmisión local en la isla de Exuma. En colaboración con el Programa Regional de Paludismo y la CAREC se movilizaron recursos humanos técnicos para ayudar a la unidad de control de vectores del Departamento de Servicios de Salud Ambiental. Dicho Programa consiguió que Brasil y Nicaragua donaran fármacos que no se podían conseguir localmente.

La OPS movilizó los recursos técnicos apropiados, brindó ayuda técnica en las áreas de investigación epidemiológica y de búsqueda, detección y atención de casos para complementar las capacidades técnicas nacionales. También adquirió fármacos y productos de diagnóstico. Las pautas publicadas por la OPS, la OMS y el CAREC sirvieron de respaldo a la respuesta técnica frente al brote. Gracias a la excelente colaboración entre el Ministerio de Salud y diversas unidades de la OPS, y también de Brasil, Guyana y Nicaragua se interrumpió rápidamente la transmisión del paludismo en Exuma.

186. Desde el año 2003 en Nicaragua se han ejecutado planes de acción en los 36 municipios con la mayor transmisión de paludismo, dirigidos especialmente a grupos vulnerables en zonas de difícil acceso y de extrema pobreza, muchos de los cuales son indígenas. En dichos municipios habita alrededor del 26% de la población del país y se concentra 93% de la carga de morbilidad por paludismo. En el período de 2003 a 2007,

los casos de paludismo han descendido en 54% y el índice parasitario anual ha bajado de 1,2 a 0,55 por 1.000 habitantes. El índice de láminas positivas en el 2006 fue de 0,65%, el más bajo en la historia del programa de paludismo. A partir del 2006 y por primera vez en la historia del sistema de vigilancia epidemiológica del paludismo, los datos acerca de los casos positivos se desglosaron por etnia. Como parte de la iniciativa “Hacer retroceder la malaria”, la OPS ha promovido la adopción del tratamiento de cura radical de 7 días. Ha brindado un apoyo sistemático a las intervenciones y al monitoreo continuo de los planes de acción.

Programa Regional de Control de Vectores de la Malaria sin el Uso de DDT en Centroamérica y México

Para combatir los efectos adversos del diclorodifeniltricloroetano (DDT) y otros insecticidas persistentes en la salud humana y en el medio ambiente, en agosto de 2003 se inició el Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin el Uso de DDT en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá. El programa, cuyo objetivo ha sido demostrar la eficacia del uso de métodos distintos de la aplicación de DDT, ha dado muy buenos resultados.

El Programa Regional, financiado por el Fondo para el Medio Ambiente Mundial (GEF) por un período de tres años, representa la segunda fase de un proyecto que en su primera etapa (2000-2002) consistió en recaudar información acerca del uso de DDT y de las medidas de control del paludismo en la subregión. Se trata de uno de los primeros proyectos emprendidos en el mundo para poner en práctica las recomendaciones de la Convención de Estocolmo sobre los Contaminantes Orgánicos Persistentes, adoptada en 2001. En los países donde se ha aplicado, pero sobre todo en México, el Programa Regional ha demostrado que el vector del paludismo se puede controlar sin DDT y con medidas integrales basadas en la participación de la comunidad y la colaboración entre entidades gubernamentales, ONG y la sociedad civil.

La respuesta frente a la gripe aviar y pandémica

187. De acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 (RSI 2005) y con los mandatos de los Cuerpos Directivos y de la V Cumbre de las Américas de noviembre de 2005, la OPS ha apoyado a los Estados Miembros en la elaboración de planes nacionales de preparación para una pandemia de gripe. Cuando una nueva cepa del virus de la gripe muta para transmitirse de una persona a otra, la enfermedad puede propagarse rápidamente, dando lugar a una pandemia que podría agotar los recursos de los Estados Miembros. La posibilidad de que surja una cepa de tales características ha obligado a los países a elaborar planes de preparación nacionales. Afortunadamente, el virus H5N1 que causa la gripe aviar, que es sumamente patógeno, sigue afectando principalmente a las aves domésticas, con casos muy esporádicos en seres humanos. Hasta la fecha no se ha notificado ningún caso de un animal infectado en las Américas.

188. A mayo de 2007, todos los Estados Miembros llevaban a cabo actividades de preparación ante una pandemia de gripe, y la OPS había recibido proyectos de planes nacionales de 28 Estados Miembros. Todos los países habían recibido adiestramiento sobre la comunicación de riesgos de brotes de la enfermedad como parte del proceso de preparación y alerta frente a una posible pandemia de gripe. Se celebraron talleres donde se subrayó la necesidad de fortalecer las vías de comunicación antes y después de un brote y a lo largo de su duración.

189. La cooperación técnica de la OPS se ha encaminado a fortalecer las competencias básicas de los Estados Miembros para detectar y responder a situaciones inusuales o inesperadas, tal como establece el RIS 2005. Para fortalecer los sistemas de alerta anticipada en los países se preparó con los CDC un nuevo protocolo genérico para la vigilancia de la gripe según el cual cualquier caso aislado causado por un nuevo subtipo vírico se tiene que notificar de inmediato a la OMS. La introducción del protocolo ha comenzado en el Caribe, Centroamérica y el Cono Sur. En la subregión del Caribe, su ejecución está en marcha en siete países bajo la coordinación del CAREC y de los puntos focales del ECC. También se han reforzado los laboratorios en los países y la vacuna contra la gripe estacional se ha introducido gradualmente en la Región.

190. La OPS ha establecido en su Sede el Centro de Operaciones de Emergencia, que cuenta con capacidades de red, computadoras, comunicaciones, software y otros equipos necesarios para coordinar la respuesta de la OPS en situaciones de emergencia. La OPS también ha ayudado a capacitar a los funcionarios nacionales en la comunicación de brotes y crisis y a establecer estrategias de comunicación detalladas como parte de sus planes de preparación. En julio de 2006 se celebró en Washington, D.C., un taller de formación de instructores en el que participaron 80 funcionarios de casi todos los países de las Américas. Actualmente, todos los países de la Región tienen al menos un instructor capacitado.

191. En julio de 2006 la OPS patrocinó el Marco de Comunicación Interinstitucional de la Gripe Aviar e Influenza Pandémica en las Américas y ha coordinado sesiones informativas para el Congreso de los Estados Unidos, la Junta de Gobernadores del BID, el Consejo Permanente de la OEA, el Departamento de Estado de los Estados Unidos y el Banco Mundial. Como producto de estos encuentros, se ha realizado un proyecto interinstitucional sobre gripe aviar e influenza pandémica entre la OPS y el BID.

192. Las representaciones de la OPS/OMS han sido las coordinadoras de los equipos nacionales de los organismos de las Naciones Unidas para la gripe aviar e influenza pandémica en 25 de 28 países que cuentan con oficinas de las Naciones Unidas. Las actividades mencionadas se han llevado a cabo con el apoyo económico de la USAID, los CDC, el BID, la OMS y la CIDA.

193. Uruguay proporciona un ejemplo de preparación para la eventualidad de una pandemia de gripe con coordinación eficaz y participación comunitaria, que ha generado

un plan de trabajo utilizable para brotes, epidemias, accidentes y desastres. La estrategia de Uruguay se ha caracterizado por la descentralización y el desarrollo local de las actividades de preparación. En el país se han celebrado un taller subregional, un taller nacional y tres talleres departamentales.

194. La República Dominicana ha preparado un plan antipandémico con la cooperación de la OPS y el apoyo regional y de la USAID y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), entre otras entidades. El plan contempla el desarrollo de la comunicación social y prevención de riesgos en los grupos más vulnerables, especialmente los trabajadores de la salud, los granjeros y el personal del campo. El país ahora cuenta con personal técnico capacitado en técnicas de laboratorio, equipo multiplicador de respuesta rápida para la emergencia, y un plan de contingencia y preparación para la gripe aviar.

Cuba se prepara para la gripe aviar y pandémica

Cuba ha preparado el plan nacional de preparación para la gripe aviar, en el cual participan varias instituciones y niveles de gestión. Los ministerios a cargo del seguimiento y la ejecución del plan son el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de la Agricultura.

El país ha participado en diversas reuniones internacionales para la preparación de funcionarios de los distintos sectores que participan en estos planes (salud pública, agricultura, veterinaria, comunicación), complementando así la preparación de los recursos humanos nacionales en otras áreas, tales como los aspectos regulatorios y de normas, servicios, vigilancia, respuesta a brotes, vacunación, medición de impacto y evaluación de planes.

Se ha sistematizado la gestión de la información y el conocimiento y se han creado instrumentos de autoevaluación y medición de impacto. También se ha mejorado el proceso de planificación y organización mediante planes de acciones y la instrumentación de un protocolo genérico de vigilancia. La OPS en Cuba tuvo a su cargo los aspectos técnicos del plan de contingencia del personal de las Naciones Unidas en el país frente al peligro de la gripe aviar.

Las enfermedades tropicales y desatendidas

195. En América Latina y el Caribe hay una enorme carga de morbilidad por enfermedades tropicales y zoonosis. Se trata de enfermedades que predominan en las zonas rurales y cuya transmisión se ve facilitada por las malas condiciones habitacionales propias del subdesarrollo. Por eso la lucha contra estas enfermedades está inexorablemente ligada a varios de los ODM.

196. En el contexto de los ODM, la OPS ha emprendido una iniciativa contra las llamadas enfermedades desatendidas, cuyas víctimas suelen pertenecer a los estratos más pobres y vulnerables de la sociedad, y habitan por lo general en zonas tropicales y subtropicales. A lo largo de los años los sectores de salud y laboratorios farmacéuticos, atentos a otras prioridades, han mostrado muy poco interés en estas afecciones, pese a que constituyen un grave impedimento para el desarrollo y el bienestar humano por su enorme impacto económico y social.

197. Se trata de enfermedades como la enfermedad de Chagas (desatendida en ciertas partes de la Región a pesar de los notables adelantos en su control en el Cono Sur), la dracunculosis, la úlcera de Buruli, la fiebre amarilla, el cólera, las enfermedades alimentarias causadas por tremátodos (tales como la fascioliasis), algunas treponemosis (la sífilis congénita entre ellas), la infección por virus Hanta, la peste, la cisticercosis, la leishmaniasis, la hidatidosis, la leptospirosis, la filariasis linfática, la oncocercosis, la esquistosomiasis, las geohelminCIAS, el tracoma, y las fiebres hemorrágicas de origen vírico (salvo por la fiebre hemorrágica del dengue, que no se considera desatendida). Las víctimas de estas dolencias a menudo sufren discapacidades que les impiden llevar una vida normal y que las hacen propensas a la marginación social.

198. En el mundo hay varios programas para eliminar o controlar las geohelminCIAS, la esquistosomiasis, la oncocercosis y la filariasis linfática, cuyas líneas de acción se han venido aplicando en la Región. La OMS y la OPS tienen resoluciones para eliminar la oncocercosis y la filariasis linfática como problemas de salud pública, y la OPS ha puesto en marcha en el quinquenio su Programa Regional de Enfermedades Parasitarias y Desatendidas, iniciativa orientada a prevenir, tratar o eliminar simultáneamente muchas de estas enfermedades de una manera integrada, interprogramática e intersectorial. Este tipo de enfoque tiene especial utilidad en la lucha contra las enfermedades parasitarias y desatendidas en vista de que algunas intervenciones son eficaces contra varias de ellas.

199. La OPS ha reparado en la necesidad de abandonar los programas verticales, caracterizados por la definición centralizada de las políticas. En la actualidad algunas enfermedades desatendidas son objeto de intervenciones a pequeña escala en Brasil, Belice, Bolivia, Ecuador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Suriname. Están en marcha esfuerzos por fortalecer las alianzas con los bancos de fomento internacional, el Programa Mundial de Alimentos, las ONG y los laboratorios farmacéuticos, que donan los medicamentos necesarios para sostener los programas de eliminación. En todas partes se requieren la participación comunitaria y el fortalecimiento de la infraestructura y el personal capacitado ya existente.

La enfermedad de Chagas

200. Se calcula que en la Región 40 millones de personas están expuestas al peligro de contraer la enfermedad de Chagas, cuyo control en varios países se descuidó por muchos años por tratarse de una enfermedad de áreas rurales y poblaciones muy pobres alejadas de los centros urbanos.

201. El programa regional de Chagas, con sede en Uruguay, tiene una participación muy activa en la lucha internacional contra la enfermedad por medio de cuatro iniciativas subregionales que abarcan el Cono Sur, Centroamérica, la zona amazónica y la subregión andina. Antes de 2003 ya se había logrado reducir en 94% la incidencia de la enfermedad de Chagas en siete países del Cono Sur, y el 9 de junio de 2006, la Comisión Intergubernamental del Cono Sur para la Eliminación de *Triatoma infestans* e Interrupción de la Transmisión Transfusional de la Enfermedad de Chagas certificó la interrupción vectorial de la enfermedad en el Brasil, etapa técnicamente indispensable para más tarde eliminar el vector.

202. En la subregión andina la lucha sigue activa por conducto de la Iniciativa de los Países Andinos de Control de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas, que en el transcurso del quinquenio de 2003-2007 celebró tres reuniones subregionales.

203. A lo largo del quinquenio de 2003-2007, el programa regional de Chagas de la OPS ha continuado las actividades de cooperación técnica y aprovechado las alianzas ya establecidas con organismos como la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), la CIDA (Canadá), Médicos sin Fronteras, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Cruz Roja y la Comunidad Europea. Su misión consiste en brindar cooperación técnica a los países dondequiera que la enfermedad es endémica con el fin de interrumpir la transmisión vectorial domiciliaria de *Trypanosoma cruzi*, contribuir a la interrupción de la transmisión transfusional del parásito y mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la vigilancia de la enfermedad.

204. Teniendo como antecedentes los buenos resultados obtenidos en el Cono Sur, la OPS ha venido impulsando en Centroamérica la Iniciativa de los Países de América Central para el Control de la Transmisión Vectorial, Transfusional y la Atención Médica de la Enfermedad de Chagas (IPCA), que se lanzó en Tegucigalpa, Honduras, en 1997. En el marco de esta iniciativa la OPS y la JICA han venido colaborando mutuamente para impulsar el control de la enfermedad de Chagas, en Guatemala desde 2000 y en Honduras y El Salvador desde 2003.

205. Los proyectos de la JICA y la OPS en Centroamérica están coordinados con los de otras agencias internacionales, tales como la CIDA (Canadá) y Visión Mundial. La OPS proporciona cooperación técnica y evalúa las actividades de los proyectos. La coordinación entre varios donantes es particularmente evidente en Honduras, donde el Ministerio de Salud ha generado un plan estratégico nacional de cinco años con arreglo al cual todos los donantes están armonizando sus actividades. La JICA ha colocado un asesor regional en la Representación de la OPS en Honduras para reforzar aún más su colaboración con la IPCA. Para la comunidad internacional la coordinación lograda en Honduras ha sentado un ejemplo.

La lucha contra la enfermedad de Chagas da buenos resultados en Guatemala

El principal vector de la enfermedad de Chagas en Guatemala es *Rhodnius prolixus*, que se ha encontrado en 10 departamentos del país (cerca del 50% del territorio nacional). Se estimó que en 2002 había 4.022.000 habitantes (36% de la población guatemalteca) en riesgo de contraer la enfermedad. A partir del año 2002 se iniciaron en el país las intervenciones de control vectorial, principalmente contra *R. prolixus*, el tratamiento de todos los pacientes menores de 15 años y la cobertura ampliada del tamizaje de los donantes de sangre.

Han tenido un papel fundamental en la lucha contra la enfermedad de Chagas en Guatemala la JICA y Médicos sin Fronteras, y el gobierno guatemalteco ha participado en la contratación de recurso humanos, la ejecución de las acciones operativas y la extensión del tamizaje de los donantes de sangre. También ha aportado fondos equivalentes al doble de lo aportado por la cooperación internacional.

Guatemala eliminó el *R. prolixus* y logró controlar el *Triatoma dimidita*, con lo que la seroprevalencia en los niños disminuyó de 12 a 1% en los últimos 5 años. Se espera que para el 2010 se haya podido eliminar la transmisión en el país.

Habida cuenta de que Guatemala solía tener 33% de la población en riesgo de contraer la enfermedad de Chagas, 41% de la seroprevalencia y 45% de los casos agudos anuales en Centroamérica, al interrumpirse la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad gracias a la lucha entablada contra ella se redujo notablemente la carga de morbilidad subregional. Los buenos resultados obtenidos en Guatemala y la excelente coordinación interagencial posibilitaron la intervención financiera de la JICA en El Salvador y en Honduras, con proyecciones para Nicaragua y una segunda fase para Guatemala, y de la CIDA en Honduras y Médicos sin Fronteras en Nicaragua.

La lepra

206. La lepra es una enfermedad curable y, gracias a una buena detección de casos y a la eficacia y aplicación mundial del régimen terapéutico multimedicamentoso, ha dejado de ser un problema de salud pública en varios países. En la mayoría de los países caribeños, donde más prevalecía la enfermedad en épocas anteriores, se ha reducido la incidencia a unos pocos casos aislados al año, aunque Guyana, Jamaica, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago siguen teniendo una incidencia un poco más alta que los demás. El CAREC ha prestado su ayuda en tres de esos países con un subsidio de \$166.000; Suriname recibe ayuda directa de la Agencia Neerlandesa para el Alivio de la Lepra (*Netherlands Leprosy Relief* [NLR]). Los países caribeños donde sigue habiendo lepra cuentan con servicios dermatológicos conexos. No obstante, algunos sistemas de salud tienen incorporados componentes verticales para el control de la enfermedad. Conforme a la estrategia mundial de la OMS, la OPS se esfuerza por integrar las actividades de control en el sistema de APS.

207. El Paraguay, país donde la prevalencia de lepra siempre fue elevada, la enfermedad se eliminó como problema de salud pública nacional en el 2001, y en el 2003 la OPS ayudó a realizar el segundo monitoreo en conexión con la eliminación de la lepra. Los resultados obtenidos dieron origen al desarrollo y a la revisión de planes de acción destinados a eliminar la enfermedad en los niveles subnacionales. En el 2005, la atención y el seguimiento del paciente de lepra se incorporaron en las actividades de APS en varias partes del país y en el 2006 y 2007 los esfuerzos se han concentrado en fortalecer la capacidad institucional del programa de lepra, tanto en el nivel central como en las cinco partes del país de mayor prioridad.

208. También cabe destacar la situación de Brasil, segundo país de la Región en cuanto a la incidencia anual de lepra y uno de los cinco países que todavía no han logrado eliminar la enfermedad. En 2006 se detectaron 47.612 casos nuevos de lepra en el territorio nacional, 15% de ellos en menores de 15 años. Afortunadamente, la lepra es una de las enfermedades a las que el gobierno ha dado prioridad y las acciones de control están integradas en los servicios de atención básica. Más de 64.715 personas en el país reciben tratamiento con poliquimioterapia. Gracias a la acción coordinada del sector de la salud, la OPS, dos centros colaboradores de la OPS/OMS y otras entidades, Brasil ha logrado su meta de reducción nacional y espera alcanzar sus metas subnacionales para 2010 mediante una combinación de estrategias.

209. Con la cooperación técnica de la OPS y las aportaciones económicas de la Fundación Sasakawa y la Asociación Alemana de Ayuda al Enfermo de Lepra los países han tomado diversas medidas para eliminar la enfermedad como problema de salud pública.

La fiebre amarilla

210. La fiebre amarilla es una enfermedad silvestre en América del Sur y en algunos países del Caribe donde las condiciones ecológicas permiten la presencia de vectores competentes y de vertebrados susceptibles. En la Región, los países con áreas enzoóticas son Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Guyana Francesa, Panamá, Perú, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela. Del 2003 al 2007, cinco de estos países notificaron 596 casos, principalmente de transmisión silvestre y en agricultores, viajeros, practicantes de ecoturismo e inmigrantes sin inmunidad que penetraron en las zonas de peligro.

211. Los países más afectados han avanzado mucho en el control de la fiebre amarilla gracias a la adopción, con el apoyo de la OPS, de planes nacionales en los que se ha incluido la vacunación de los habitantes de las zonas enzoóticas y de los lugares de donde suelen provenir sus inmigrantes. En particular Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela han incluido la vacunación contra la fiebre amarilla en sus esquemas de vacunación nacionales para la población de un año de edad.

212. Tras la puesta en práctica de los planes de control de la fiebre amarilla se ha observado una disminución de los casos en la Región. Sin embargo, es importante continuar con la vacunación de los habitantes de áreas de riesgo y de emigración, así como mantener una alta cobertura de vacunación en las nuevas cohortes de un año de edad en países con áreas enzoóticas.

La hidatidosis

213. Ha habido grandes adelantos en torno a la hidatidosis (o quiste hidatídico) en América Latina y el Caribe, donde la OPS ha reforzado las medidas de erradicación de la enfermedad en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Paraguay, Perú y otros países. Según la Organización Mundial de Sanidad Animal, ya hay algunas zonas sin hidatidosis en la Región.

Proyecto para eliminar la hidatidosis de la Isla de Tierra del Fuego, Chile, y controlarla en los territorios circunvecinos

A fines de los años setenta, la prevalencia de la hidatidosis en caninos, bovinos y ovinos superaba el 45, 80 y 55%, respectivamente, tanto en la parte argentina como en la chilena de la Isla de Tierra del Fuego. Desde entonces se han llevado a cabo intervenciones para reducir esta prevalencia y mitigar el peligro de infestación en la población humana. Gracias a ellas, en los años noventa la prevalencia de hidatidosis en ovinos se había reducido a menos de 7%. Sin embargo, desde hace varios años las actividades de control se han debilitado y a la fecha no sólo no se ha eliminado la enfermedad, sino que se corre el riesgo de perder los adelantos alcanzados.

Expresiones de interés por parte de Argentina y Chile han llevado a la OPS a aprobar recientemente un proyecto de cooperación técnica entre países cuyo propósito es analizar la viabilidad política, técnica, institucional y financiera de formular un programa de control para eliminar la hidatidosis de la Isla de Tierra del Fuego. De consolidarse esta iniciativa, sería la primera vez que en América se eliminaría la enfermedad de un territorio donde ha sido endémica, con lo cual se generarían las condiciones para un mejor control en la parte continental de ambos países, en particular en las provincias de Punta Arenas y Última Esperanza en Chile y de Santa Cruz en Argentina.

La filariasis linfática

214. Esta enfermedad afecta a más de medio millón de personas en la Región, donde otras 6 a 8 millones, como mínimo, están en riesgo de contraerla. En América Latina y el Caribe, la filariasis linfática es endémica en siete países (Brasil, Costa Rica, Guyana, Haití, República Dominicana, Suriname y Trinidad y Tabago), pero en tres de ellos – Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tabago— se ha verificado la ausencia de la transmisión. De hecho, todo indica que la Región podría llegar a ser la primera del mundo en eliminar la enfermedad, gracias a importantes adelantos regionales en el

control de la morbilidad y la investigación operativa, así como a las muchas alianzas y asociaciones que se han producido entre los distintos países, la comunidad internacional, diversas ONG y el sector privado. En el contexto del Programa Mundial de la OMS para la Eliminación de la Filariasis Linfática, la OPS y la GlaxoSmithKline (GSK) se han unido en la lucha por eliminar la enfermedad del continente.

215. Las actividades de investigación operativa han sido extensas en la Región. Profesionales de la salud de Brasil, Haití, República Dominicana y Trinidad sostienen un continuo intercambio de experiencias que pronto se extenderá al uso de sistemas de información geográfica para mapear los focos de transmisión. Los socios de la OPS en la Región, tanto empresariales como institucionales, entre los que destaca la Fundación de Bill y Melinda Gates, han aportado gran apoyo a lo largo del quinquenio. Los Centros de Apoyo contra la Filariasis Linfática en la Universidad de Emory, en Estados Unidos, la Escuela de Medicina Tropical en Liverpool, Inglaterra, y el centro colaborador de la OPS/OMS en materia de filariasis linfática que se ubica en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han seguido apoyando las actividades de control en las Américas.

La leishmaniasis

216. Los tipos cutáneo y visceral de leishmaniasis constituyen un problema creciente en las zonas rurales y periurbanas de muchos países de la Región, desde el norte de Argentina hasta el sur del estado de Texas, Estados Unidos, con casi 35.000 casos notificados en el Brasil sólo en 2003. La leishmaniasis mucovisceral, forma desfigurante que puede presentarse después de la afectación cutánea, es una enfermedad endémica en México y en algunos países de Centroamérica y Sudamérica. El Perú tiene una alta prevalencia de leishmaniasis, sobre todo cutánea. Chile y Uruguay son los únicos países que no han notificado casos. Sin embargo, la notificación insuficiente o la falta de información son comunes en las zonas donde estas enfermedades se suelen encontrar.

217. La Región cuenta con un Programa Regional de Leishmaniasis que colabora con el Programa Regional de Enfermedades Parasitarias y Desatendidas. Sus actividades se concentran en establecer sitios centinela para la vigilancia, encontrar medicamentos nuevos y más baratos, incrementar el acceso a los servicios de salud, fomentar la investigación, formular pautas de diagnóstico y definición de casos, formar grupos de trabajo en los países y evaluar los resultados de las intervenciones.

218. La leishmaniasis es una enfermedad prioritaria para el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales del UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR), con el cual interactúa el Programa Regional de Investigaciones en Enfermedades Transmisibles.

La oncocercosis

219. Cerca de medio millón de personas en la Región están en riesgo de contraer la oncocercosis, conocida también por “ceguera de los ríos”, que en la Región plantea un problema especialmente grave en una zona extensa de comunidades remotas en la frontera amazónica entre Brasil y Venezuela. La eliminación de la enfermedad es la meta de una iniciativa multinacional y multiinstitucional, con sede en Guatemala, conocida por Programa de Eliminación de la Oncocercosis de las Américas. Las actividades de este programa se centran en los seis países donde la enfermedad es endémica —Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela— y consisten principalmente en fomentar la administración a gran escala de la ivermectina cada 6 meses con la meta de tratar a un mínimo de 85% de la población en riesgo de enfermar durante 12 a 14 años. La OPS participa activamente, junto con el laboratorio Merck & Co., Inc., los CDC, el Centro Carter, la Fundación Internacional del Club de Leones y diversas instituciones académicas de la Región. Las actividades emprendidas en la Región se vinculan con la Iniciativa Mundial para la Eliminación de la Ceguera Evitable, conocida también como Visión 20/20: El derecho a ver, que se lanzó en 1999 como alianza entre la OMS y el Organismo Internacional de Prevención de la Ceguera.

220. En 2003, todos los países con oncocercosis endémica alcanzaron la cobertura fijada con quimioterapia. Esa cobertura se ha mantenido desde entonces, con lo que se torna factible reducir la transmisión a la mitad para fines del decenio. Gracias a este acontecimiento, ya no ha habido casos nuevos de ceguera a causa de la enfermedad y se ha logrado interrumpir la transmisión en seis de las 13 zonas endémicas. En el otoño de 2003 se calculó que harían falta \$15 millones para eliminar la oncocercosis de la Región para 2010. La Fundación de Bill y Melinda Gates aportó para ese fin un monto inicial de \$5 millones e instó a otros donantes a aportar la misma cantidad, prometiendo donar un monto equivalente por cada donación. Con el apoyo de más de 70 donantes, se generaron los fondos necesarios cuatro años antes de la fecha límite. La meta de eliminar la oncocercosis del territorio americano está próxima a cumplirse.

El tracoma

221. Esta enfermedad, que puede causar ceguera por afectación de las conjuntivas oculares, sigue siendo hiperendémica en Brasil, Guatemala y México. La OPS ha venido aplicando la estrategia SAFE (surgery, antibiotics, facial cleanliness and environmental improvement) de la OMS, que se encamina a eliminar la enfermedad mundialmente, con un enfoque comunitario y en el contexto de la APS y como parte de la Alianza para la Eliminación del Tracoma con Ceguera para el año 20/20 (GET 20/20). El componente E de la estrategia depende en gran medida de la educación, el saneamiento ambiental y la reducción de la pobreza, de tal manera que cualquier progreso al respecto se medirá a la luz del cumplimiento de los ODM. Como en el caso de la oncocercosis, muchas de las actividades de lucha en la Región se vinculan con la Iniciativa Mundial para la Eliminación de la Ceguera Evitable.

La sífilis congénita

222. La sífilis congénita se puede prevenir con una sola dosis de penicilina. No obstante, se calcula que en América Latina y el Caribe nacen cada año más de 100.000 niños con la enfermedad. Para ayudar a los países a combatir el problema, la OPS ha encabezado la creación de un grupo inter programático con el fin de reforzar las medidas preventivas en el plano regional. La OPS también está recolectando datos epidemiológicos para tener cifras de referencia y está realizando un estudio en tres países para determinar la magnitud de la subnotificación de casos, que es grande, y también ha modificado la ficha clínica perinatal para facilitar la detección y el tratamiento tempranos de la enfermedad y mejorar las estadísticas de incidencia.

La esquistosomiasis y las geohelmintiasis

223. La esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo siguen siendo las enfermedades parasitarias de mayor prevalencia en el mundo. La OPS calcula que 20 a 30% de todos los latinoamericanos están infectados por parásitos intestinales y que esta cifra asciende a 50% en los estratos pobres y a 95% en algunas tribus indígenas.

224. Varios países han reconocido la magnitud del problema sanitario que plantean la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo y durante muchos años han llevado a cabo actividades de control con excelentes resultados. En Brasil, la morbilidad y mortalidad debidas a la esquistosomiasis se han reducido enormemente. Otros países, como las islas menores del Caribe, Puerto Rico y Venezuela, se están acercando a la meta de la eliminación o ya la han alcanzado.

El agua potable y el saneamiento

225. La pobreza que se observa en muchos sectores de América Latina y el Caribe está asociada con condiciones de saneamiento precarias que tornan a las poblaciones propensas a muchas enfermedades transmisibles. Se calcula que en el año 2000 alrededor de 45% de las poblaciones rurales en América Latina y el Caribe carecían de acceso a agua potable y a sistemas de saneamiento básico, clara manifestación de las marcadas inequidades existentes entre los sectores pobres de la sociedad y los más aventajados. Afortunadamente, a lo largo del quinquenio la mayoría de los países de la Región, apoyados por la OPS y muchas otras entidades, han obtenido resultados en esta área que permiten pronosticar que para fines del 2007 se habrá alcanzado la meta de reducir en 25% el déficit en el abastecimiento de agua potable y servicios de saneamiento en América Latina y el Caribe, aunque no en las zonas rurales de los países más pobres.

226. Para mayo de 2007, alrededor de 10 países (28% de los Estados Miembros) tenían políticas nacionales y cerca de 20 (55%) tenían planes nacionales para el manejo de los residuos sólidos. En países como Colombia y Perú, las autoridades locales han preparado

planes generales muy completos, conforme la ley, mientras que en otros, como Argentina, Brasil, Cuba, México y Uruguay, se han preparado planes maestros para la eliminación y tratamiento de los desechos sólidos en las grandes urbes.

227. La OPS, junto con la OMS, ha preparado nuevas normas acerca de la calidad del aire y las está poniendo en vigor en la Región. Las normas se están diseminando por la vía electrónica y en forma impresa. También se ha preparado una publicación regional sobre los efectos de la contaminación del aire en la cual se señalan algunas de las medidas que están tomando en ese campo los países de América Latina y el Caribe. La publicación contiene principalmente información acerca de algunas zonas metropolitanas de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Perú y Puerto Rico, donde la mayoría de las actividades de los programas consisten en el control continuo de la calidad del aire ambiental y la determinación de su procedencia. Algunos países, tales como Bolivia, Perú y Puerto Rico, han creado programas cooperativos con el apoyo de otros programas internacionales (p. ej., Swisscontact y la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos, EPA).

228. En junio del 2005 se celebró la Reunión de Ministros de Salud y Ambiente en Mar del Plata, Argentina, con la presencia del ex Director General de la OMS, Dr. Lee Jong-wook (q.e.p.d.), quien pronunció el discurso de apertura. En dicha reunión se emitió la Declaración de Mar del Plata, en la cual se hizo hincapié en la cooperación regional centrada en tres áreas prioritarias: la gestión integrada de los recursos hídricos y residuos sólidos; el manejo seguro de las sustancias químicas y la salud ambiental de los niños, de la cual la OPS se hizo responsable.

229. En República Dominicana, las enfermedades asociadas con la mala calidad y baja cobertura de los servicios de agua y saneamiento contribuyen enormemente a la tasa de mortalidad de menores de un año, que en 1997 y 2002 se estimó en 31 por 100.000 nacidos vivos, según la última encuesta demográfica, ENDESA 2002. Para cumplir una de las metas del séptimo ODM, la República Dominicana ha puesto en marcha una estrategia dirigida a la población rural y de los barrios urbanos marginales con escasez de agua potable y servicios de saneamiento. La estrategia ha consistido en el monitoreo y la evaluación nacional de la meta, el ordenamiento institucional, el desarrollo de nuevas tecnologías y el fortalecimiento de los programas de vigilancia sanitaria y coordinación interinstitucional.

Programa Integrado de Desarrollo Sustentable y Saneamiento Ambiental de la OPS y el Instituto Caribeño de Sanidad Ambiental (CEHI)

Ha habido una larga colaboración entre el Instituto Caribeño de Sanidad Ambiental (CEHI) y la OPS, que proporcionó asesoramiento y cooperación técnica para que se estableciera el Instituto como parte de la Comunidad y Mercado Común del Caribe (CARICOM). Los vínculos se han estrechado aun más con la iniciativa de Cooperación Caribeña en Salud, en la cual el CEHI actúa como agencia encargada del ambiente y la salud.

La OPS se propone fortalecer los lazos entre ambas agencias a fin de responder mejor y con mayor sinergia a las necesidades de los países, y propiciar un programa común más sólido para los países del Caribe oriental.

La OPS y el CEHI han acordado colaborar para crear y poner en marcha un programa integrado de salud ambiental para la zona del Caribe. El objetivo del acuerdo es reforzar la cooperación técnica que la OPS y el CEHI proporcionan a los países caribeños y promover una acción conjunta para mejorar el uso de los recursos y contribuir a mejorar las condiciones sanitarias y ambientales en los países.

La relación se nutre de la experiencia de los asesores técnicos de la OPS, sobre todo del Asesor de Salud Ambiental (EHA) en el CEHI, y se encamina a crear un programa estructurado en estrecha colaboración con los funcionarios de salud ambiental de los ministerios de salud en la comunidad caribeña y con interesados directos dedicados al desarrollo sustentable.

La contaminación del ambiente domiciliario

230. La contaminación del ambiente domiciliario se relaciona con el tabaquismo y con el uso de fuentes de combustible fósil y biomasa para cocinar y calentar la vivienda, el cual sigue siendo común en las zonas rurales y periurbanas de algunos países. En 2005, la OPS organizó una serie de talleres de capacitación de cinco días de duración para empezar a crear capacidad regional en el área del control de la contaminación domiciliar y el uso de combustible fósil en las viviendas.

La salud ocupacional

231. A los ocho países que han adoptado sistemáticamente sistemas de vigilancia en este campo —Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México, Panamá, Uruguay— se han sumado Ecuador y Venezuela, con nuevos sistemas de información para los accidentes ocupacionales, de especial utilidad para el sector de la salud. Brasil y Chile también han iniciado en sus sistemas de vigilancia nacionales el control y la notificación de los casos de silicosis. La participación de los centros colaboradores de la OMS —el National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) de Estados Unidos, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de Chile, la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) y FUNDACENTRO de Brasil— facilita la consecución de los objetivos.

232. La adopción de la “caja de herramientas” para mejorar los ambientes de trabajo en Centroamérica se sigue extendiendo a otros sectores industriales. Actualmente, 160 empresas han establecido comités de salud y seguridad, gracias a una alianza entre la OPS y FUNDACERSSO y al financiamiento de la OEA y del Ministerio del Trabajo de Canadá.

Perú atiende a su agenda inconclusa en materia de salud ambiental

Perú atiende a su agenda inconclusa en materia de salud ambiental como parte de un esfuerzo por defender los derechos humanos en el campo de la salud y de corregir las inequidades sanitarias en el país. Para documentar la situación de la salud ambiental, Perú, con la ayuda de la OPS, ha utilizado varios indicadores que permiten evidenciar las inequidades en el acceso a agua potable y saneamiento: la curva de Lorenz, el índice de Gini, la tasa de exclusión, el índice de inequidad y el índice de inversión en la salud. También se ha creado un sistema de información geográfica de última generación a base de Google Earth para visualizar mejor la distribución territorial de estas inequidades.

El uso de estos medios de análisis y comunicación ha permitido analizar más a fondo la situación de salud y ha desempeñado un papel decisivo en la inclusión de diversos programas y acciones en el plan de trabajo del gobierno central. Destacan entre ellos el programa Agua para todos, que busca extender a 97% la cobertura de los servicios de agua potable, y el Plan Nacional de Agua y Saneamiento, que ya superó la meta de la cobertura del saneamiento de 77% para 2015. En vista de que las metas de saneamiento y agua potable para el cumplimiento de los ODM son de 76% y 87% para 2015, respectivamente, en Perú la meta de saneamiento ya se ha alcanzado y la de agua potable se alcanzará sin dificultad alguna. También se han llevado a cabo distintos proyectos de construcción de viviendas seguras y un enorme proyecto de implantación de cocinas mejoradas en algunos departamentos para reducir la contaminación en el interior de las viviendas y la incidencia de infecciones respiratorias agudas en las alturas andinas.