

CAPÍTULO 3: LOS LOGROS SANITARIOS ALCANZADOS Y LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA SALUD

La extensión de la protección social de la salud

233. En los primeros años del siglo XXI, la pobreza, la exclusión social y la inequidad en la agenda política de los países y de los organismos internacionales han dado mayor espacio a la discusión sobre la protección social. El espacio institucional en que deben formularse y ejecutarse las políticas públicas ha adquirido una importancia mayor en el contexto regional, caracterizado por cuatro elementos: a) el cuestionamiento de las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa; b) la falta de una red articulada de protección social capaz de constituirse en la base del desarrollo social en el nuevo contexto; c) el compromiso de lograr los ODM para el año 2015; y d) una inquietud por la inequidad persistente, la exclusión social y la pobreza en los países de la Región.

234. En el marco de la cooperación técnica de la OPS, la protección social en el campo de la salud considera cuatro condiciones que se corresponden de forma directa con los factores determinantes de la exclusión sanitaria. Esas condiciones son el acceso a los servicios, la seguridad económica de los hogares y las familias, un financiamiento solidario y una atención de salud con calidad, dignidad y sensibilidad frente a la diversidad cultural.

235. En el último quinquenio se ha intentado reemplazar o complementar la organización tradicional de los sistemas de salud en las Américas con nuevos modelos, algunos de los cuales representan cambios importantes en el modo en que el Estado se organiza para formular y poner en práctica las políticas sociales. Algunos ejemplos son el Sistema Único de Salud de Brasil, el Ministerio de la Protección Social de Colombia, el Sistema de Seguridad Social en Salud de República Dominicana, los Seguros Nacionales de Salud de Aruba, Bahamas y Trinidad y Tabago, y el sistema de Garantías Explícitas en Salud de Chile.

236. Otros países han optado por crear planes limitados de financiamiento y provisión de bienes y servicios de salud que se centran en mejorar el acceso y los resultados de salud observados en grupos específicos de la población. Entre estos planes figuran Chile Solidario, el Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) de Bolivia, el Seguro Integral de Salud (SIS) de Perú, el Seguro Popular de Salud de México, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia de Ecuador, los Seguros Provinciales de Salud Materno-Infantil de Argentina, la Misión Barrio Adentro de Venezuela, la Extensión de Cobertura a Poblaciones Rurales de Guatemala, El Salvador y Honduras, y la política de protección a la familia de Nicaragua. En 2006, en la Región 16 países tenían o preparaban estrategias o intervenciones para extender la protección social sanitaria de las madres y los niños, especialmente en los estratos pobres y del sector laboral informal.

237. En noviembre de ese año se celebró en Tegucigalpa, Honduras, el “Foro Regional de protección social en salud para la mujer, el neonato y la población infantil en América Latina y el Caribe: lecciones aprendidas que apuntan el camino a seguir”. En el proyecto, que fue organizado por la OPS y patrocinado también por la USAID, la AECI y la SIDA, se examinó la situación general de la protección social de la salud en la Región y se emitieron recomendaciones para extenderla a la población materna, neonatal e infantil en todos los países. La información sirvió de base al documento preparado por la OPS “Esquemas de protección en salud para la población materno-infantil: lecciones aprendidas de la Región de América Latina”.

Se celebra en Salvador de Bahía, Brasil, el XIII Congreso Iberoamericano de Seguridad Social

Desde que se celebró en Barcelona en 1950 el I Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, varios países de la Región han adoptado programas de protección social o han ampliado o transformado los que ya tenían a fin de mejorar la protección ofrecida, los modelos de gestión y los métodos de financiamiento. Estos cambios han sido objeto de debate en los distintos congresos iberoamericanos celebrados desde entonces, incluido el que tuvo lugar del 23 al 26 de marzo de 2004, en Salvador, Bahía, Brasil.

En este Congreso se acordó la toma de medidas para ampliar la cobertura de los sistemas de seguridad social, especialmente de los servicios sociales y sanitarios, procurando lograr la máxima transparencia, eficacia y eficiencia posibles y establecer mecanismos para evitar el aprovechamiento indebido de las prestaciones y los privilegios especiales. Los países también acordaron velar por la igualdad de oportunidades y luchar contra todo tipo de discriminación, así como establecer mecanismos lo suficientemente flexibles para dar a los trabajadores de jornada parcial y a los contratados por periodos cortos el mismo acceso que tienen los demás a los sistemas de protección social.

El seguro social nacional de Bahamas

En el periodo de 2002 a 2007, Bahamas creó un sistema de seguridad social siguiendo las recomendaciones de una comisión de acreditación nombrada por el primer ministro.

La iniciativa entrañó consultas con las partes interesadas, la provisión de capacitación técnica acerca de los principios del seguro social nacional, y la formulación de propuestas para fortalecer el sistema sanitario y el seguro. Uno de sus principales objetivos fue mejorar el acceso equitativo a la atención sanitaria procurando eliminar los obstáculos que lo dificultaban, sobre todo los que enfrentaban las personas sin un seguro privado que no podían costear ningún servicio que no proviniese del sistema público de salud.

La OPS proporcionó asesoramiento técnico a la comisión de acreditación durante la revisión de las distintas opciones de financiamiento y ayudó a elaborar la propuesta.

Bahamas determinó que el Sistema Integrado de Información de Salud (i-PHIS, por *Integrated Public Health Information System*) de Canadá era el que mejor se adaptaba a sus necesidades y preparó un anteproyecto para ponerlo a prueba en una fase piloto que se llevó a cabo en 2003 y 2004 y se evaluó a fines del 2004.

El i-PHIS es un programa automatizado e integrado de notificación y de control de fichas clínicas al que todo proveedor de atención sanitaria tiene acceso en el punto donde presta sus servicios. El programa mejora la continuidad de la atención y contiene la información necesaria para evaluar el estado de salud de toda la población y de subgrupos específicos dentro de ella, lo cual permite el estudio de los grupos más vulnerables y dónde hay brechas en el estado de salud de la población.

238. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud fue establecida por la OMS en el 2004 con el propósito de formular recomendaciones, basadas en las pruebas científicas disponibles, sobre intervenciones y políticas para modificar los factores determinantes de tipo social que inciden en la salud y disminuir las inequidades sanitarias. En la Región de las Américas, el lanzamiento de la Comisión tuvo lugar en Chile en el año 2005 y posteriormente otros países lanzaron sus comisiones nacionales sobre los determinantes sociales de la salud.

239. Con el apoyo de la OEA y de los gobiernos de Brasil y Chile se realizó en Brasilia en abril de 2007, una consulta con la sociedad civil que dio origen a la Carta de Brasilia sobre los determinantes sociales de la salud, en la cual se hizo un llamado a los gobiernos de la Región y los organismos internacionales a que se comprometieran a respaldar el proceso iniciado con la creación de la Comisión. A raíz de estos sucesos, la OPS realizó varias consultas y se encargó de llevar a cabo un proceso global de educación permanente para su personal y funcionarios de los gobiernos y representantes del mundo académico.

El legado de las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa

240. En el marco de las reformas macroeconómicas de los años ochenta y noventa, varios países de la Región reformaron sus sistemas de salud a fin de incrementar la efectividad en función de los costos, la sustentabilidad económica y la descentralización y de darle al sector privado un papel más prominente.

241. En general, las reformas del sector sanitario se llevaron a cabo sin tener en cuenta las características de cada país, ni el grado de desarrollo de sus instituciones sanitarias. Más bien, los organismos multilaterales de asistencia económica promovieron ciertos modelos estandarizados que se centraban en algunos cambios financieros y administrativos, en la desregulación del mercado laboral y en la descentralización. En las reformas se prestó poca atención al efecto que pudieran tener estos cambios en determinados grupos, sobre todo en los trabajadores de la salud; no se articularon las distintas funciones de los sistemas ni se definieron los objetivos sanitarios nacionales. Aunque los procesos de reforma se orientaban hacia el desarrollo de un plan de trabajo regional que fomentara el pluralismo, la eficiencia y la calidad en la entrega de los servicios de salud, en la práctica se produjo una pérdida de la capacidad rectora del Estado, se debilitó de manera general el funcionamiento del sistema de salud y los asuntos propios de la esfera sanitaria quedaron relegados a un segundo plano.

242. Como parte de los esfuerzos por corregir la situación, del 17 de abril al 6 de mayo del 2005 se celebró en Nicaragua el Curso Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud dirigido a profesionales de la salud y a gerentes de nivel alto e intermedio. La organización y planificación de esta iniciativa fueron una labor conjunta de la OPS, la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (Sida) y distintos centros académicos de la Región.

El progreso en la renovación de la atención primaria de salud en la Región de las Américas

243. Tras la aprobación, en septiembre de 2005, de la Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones para la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo) por el 46.º Consejo Directivo, varios países de la Región han revitalizado sus esfuerzos por incorporar los valores, principios y elementos esenciales de la atención primaria de salud (APS) como estrategia para el desarrollo de sus sistemas sanitarios nacionales. Asimismo, la prioridad que actualmente le otorga la OMS a la APS ha sido otro poderoso estímulo al compromiso de la OPS, reafirmado en 2003, de rescatar el espíritu de Alma-Ata y adaptarlo al nuevo contexto social.

244. La OPS impulsa una iniciativa para determinar el estado de las buenas prácticas de APS en cada país de la Región. Colabora en un proyecto impulsado por la alianza GAVI para fortalecer los servicios de salud en Bolivia, Cuba, Haití, Honduras y Nicaragua, y participa en un proyecto nacido de un convenio con el gobierno de

Antioquia, Colombia, para integrar los proyectos de MANA, AIEPI y APS en el país. La Organización está creando una red internacional de centros de excelencia en el campo de la APS, con la participación del sector académico y de los servicios de salud, con el fin de fomentar la generación y difusión de pruebas científicas en esa área. En su reciente documento de posición en torno a la renovación de la APS, la Organización ha expresado sus puntos de vista sobre la reorientación del sector de la salud y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios en la Región. Asimismo, en abril del 2007, la Revista Panamericana de Salud Pública dedicó un número especial a la APS.

245. En el primer nivel de atención, otras iniciativas se están poniendo en marcha para mejorar la calidad de los servicios de APS. Una de ellas es un proyecto de acreditación de las redes de APS basado en un sistema cuya validación se lleva a cabo mediante pruebas piloto en Brasil, Costa Rica y Nicaragua. El otro es un instrumento de evaluación para la gestión clínica, mientras que un tercer proyecto, en fase de preparación, busca mejorar la atención domiciliaria y comunitaria de los adultos mayores, sobre todo los que tienen limitaciones funcionales, en diversas capitales de la Región.

Un modelo de atención integral de salud en Nicaragua

En 2007, Nicaragua ha diseñado e iniciado el modelo de atención integral en salud (MAIS), caracterizado por un enfoque biopsicosocial, una atención integral, accesible, longitudinal y continua y un énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. El modelo, que se basa en la estrategia de la atención primaria de salud (APS), se centra en la familia, la comunidad, el medio ambiente y el individuo y busca garantizar un conjunto de prestaciones sanitarias durante todo el ciclo vital. Además del componente de la atención, el modelo tiene componentes de provisión, gestión y financiamiento.

La prestación de servicios a la población se fundamenta en dos pilares básicos: a) la delimitación del espacio en sectores constituidos por un máximo de 3.000 habitantes en el área rural y 5.000 habitantes en el área urbana y b) la asignación a cada sector de un equipo básico de atención (EBA) compuesto por un médico y dos miembros del personal de enfermería. El MAIS incorpora la educación popular en materia de salud como un elemento indispensable para lograr estilos de vida saludables. Organiza los establecimientos de salud públicos de modo que se orienta a a) mejorar las condiciones de salud de la población nicaragüense, b) satisfacer las necesidades de los servicios de salud, c) proteger contra las epidemias, d) mejorar la calidad de los servicios y e) fortalecer la articulación interinstitucional e intersectorial. El MAIS contempla actividades para la promoción, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación.

246. En la Sede de la OPS, las diversas áreas técnicas están incorporando la estrategia de APS en sus proyectos de cooperación técnica. La Unidad de Recursos Humanos (HSS/HR) está preparando una estrategia educativa para desarrollar las competencias de los equipos multidisciplinarios de APS, en consonancia con el enfoque de renovación.

También se están formulando, junto con la Unidad de Políticas de Salud (HSS/HP), distintas políticas e instrumentos para integrar los servicios de salud a los sistemas de salud basados en la APS y, próximamente, se lanzará un curso virtual para gerentes y líderes del área.

Las funciones esenciales de la salud pública

247. En el 2000, la OPS lanzó la Iniciativa de Salud Pública en las Américas, cuya finalidad fue a) generar un consenso regional en lo referente al concepto de la salud pública y sus funciones esenciales; b) crear métodos para evaluar el desempeño de esas funciones en la Región, y c) encontrar estrategias para fortalecerlas sobre la base de los resultados de la investigación. Se creó un método para la autoevaluación de las funciones esenciales de la salud pública en el ámbito nacional y se promovió su aplicación. Como resultado, 41 países y territorios de América Latina y el Caribe llevaron a cabo sus evaluaciones en el 2001. A lo largo del quinquenio, la OPS ha ayudado a 12 países a realizar nuevas mediciones nacionales y a adecuar el instrumento para evaluar el desempeño de la salud pública en sus estados, departamentos, provincias y municipios. En Perú, por ejemplo, la Iniciativa ha facilitado la planificación de la salud pública en todos los departamentos. Las funciones esenciales de la salud pública, también, se están midiendo en cada provincia en Argentina. En los municipios y departamentos de Colombia la Iniciativa ha permitido incorporar los componentes de la salud pública en los planes de desarrollo nacionales y en los planes de trabajo de los gobiernos locales.

Las funciones esenciales de la salud pública en Brasil

Con la participación del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), en 2003, se celebraron en Brasil varias reuniones para debatir la Iniciativa de Salud Pública en las Américas y fortalecer las funciones esenciales de la salud pública. El CONASS y la OPS firmaron un acuerdo de cooperación técnica para adaptar y aplicar dichos métodos a la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. En los estados brasileños que voluntariamente solicitaron la cooperación, el proceso lo llevó a cabo un equipo conjunto de la OPS y el CONASS usando métodos y un instrumento adaptados a la realidad nacional mediante un proceso de consulta técnico y político. Todo el financiamiento provino de cada estado, el Ministerio de Salud, el CONASS y la OPS.

248. Si bien los planes formulados por los países antedichos se han orientado hacia el fortalecimiento de la salud pública y sus funciones esenciales, otros países y territorios, como Puerto Rico, se han concentrado en la organización institucional de la salud pública. La Escuela de Salud Pública de la Universidad Veracruzana en México ha aplicado estos conceptos para analizar la formación de los sanitaristas; Honduras los ha aplicado para formular políticas, y el Ministerio de Salud de Costa Rica los ha usado para desarrollar la investigación en el campo de la salud pública.

249. En términos generales, la Iniciativa de Salud Pública en las Américas ha permitido definir mejor las responsabilidades de las autoridades sanitarias en el ámbito nacional y territorial; identificar las funciones con un desempeño bajo; puntualizar las carencias en las áreas de infraestructura y capacidad, y formular planes para fortalecer la salud pública.

La función rectora de la autoridad sanitaria

Varios países de la Región han mostrado gran interés en aplicar el Instrumento de Medición del Rendimiento en la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) y el Instrumento para el Mapeo de la ASN. En República Dominicana, el uso de estos instrumentos en el nivel subnacional ha llevado a la generación de datos utilizados para elaborar planes de acción orientados a fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias locales. En marzo de 2007, la OPS patrocinó un taller sobre el tema, al que asistieron varios funcionarios de alto nivel de toda la Región.

250. En su interés por velar por la calidad de la atención de salud y fortalecer el papel rector de la autoridad sanitaria nacional, la OPS apoya acciones que buscan mejorar la capacidad estatal para responder a nuevos retos derivados de la globalización y el libre comercio.

251. La globalización, la proliferación de tratados de libre comercio y el incremento de la movilización e introducción de nuevos productos imponen nuevos retos en el campo de la reglamentación y el control estatal de la importación de materias primas usadas para fabricar medicamentos e insumos médicos y de la introducción y comercialización de equipos y nuevas tecnologías.

252. Con el apoyo de la OPS, Panamá ha iniciado un proceso para fortalecer sus sistemas de reglamentación de fármacos y tecnologías, para lo cual ha conformado grupos de trabajo interdisciplinarios con profesionales del Ministerio de Salud (MINSA), la OPS, la Caja de Seguro Social (CSS), la Universidad de Panamá, el Instituto Especializado de Análisis y el Colegio Nacional de Farmacéuticos. El país ha desarrollado una propuesta de ley que contempla cambios en las normas vigentes y la creación de una Autoridad Nacional de Medicamentos y Tecnología como ente autónomo adscrito al MINSA.

253. La OPS aportó el instrumento para la caracterización y el diagnóstico de los procesos de reglamentación y del papel del ente regulador. Logró, además, que la norma y los procesos adoptados por el país estén en armonía con las normas internacionales de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (PARF).

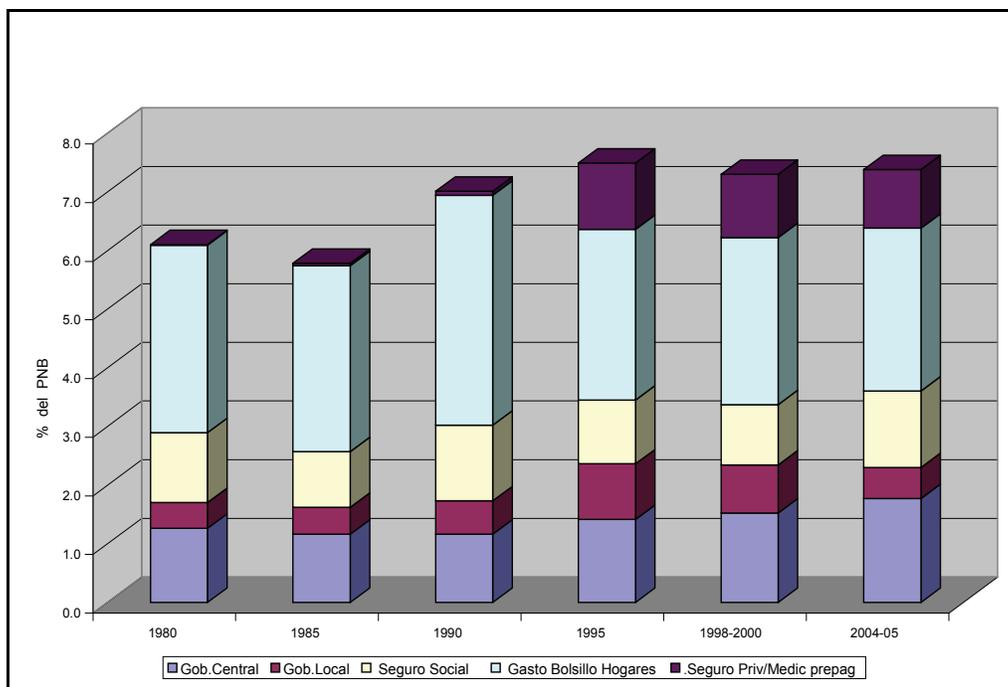
El gasto público de salud para garantizar el acceso universal a los servicios de atención

254. El gasto público en salud es una de las principales herramientas de la política pública orientada a garantizar el acceso universal a los servicios de salud. En América Latina y el Caribe, si bien la relación del gasto total en salud con respecto al PIB, el cual incluye gasto público y gasto privado, tiene una tendencia creciente a partir de 1990 alcanzando aproximadamente un poco más del 7% del PIB; el gasto público en salud que incluye el gobierno central, los gobiernos locales y los seguros públicos de salud, alcanza apenas el 3,6% del PIB para los años 2004-2005. Esta relación se ha mantenido sin cambios importantes desde mediados de la década de los 90's. Los procesos de reforma de los 90's predicaron que el gasto público era suficiente y que el problema era la ineficiencia de ese gasto. Esto tuvo como consecuencia el severo congelamiento del incremento del gasto público en salud por casi una década, lo cual impactó en la capacidad de muchos países para garantizar el acceso universal a los servicios. Lo que es aún más alarmante es el invariable cambio por más de tres décadas de la relación gasto público/privado del gasto total, donde la participación del gasto privado se ha mantenido por encima del 50 por ciento por casi 30 años. Cabe señalar además que dentro del gasto privado, el gasto de bolsillo de las familias además de ser considerablemente alto, tampoco ha variado significativamente en el período señalado. Contrariamente es el caso de los países desarrollados de la OECD que exhiben incrementos en términos absolutos en el gasto público en salud y han mantenido una relación con respecto al PIB no menor al 6% en los últimos 10 años. Esto pone en evidencia que para garantizar el acceso universal a los servicios habría que alcanzar por lo menos una relación similar, independientemente del modelo y sistema de atención que cada país adopte.

255. El nivel deficiente de gasto público en salud se combina con la falta de mecanismos que garanticen que el financiamiento público beneficie a los grupos más desfavorecidos de la sociedad. Si bien varios países de la Región han puesto en práctica políticas y mecanismos que han tenido un impacto distributivo del gasto público en salud en los grupos de menores ingresos, todavía existen países en la Región que distan mucho en alcanzar dichos objetivos

256. En definitiva, la falta de un nivel adecuado de gasto público en salud y de mecanismos que garanticen que dicho gasto tenga un impacto distributivo, son los principales factores que atentan contra cualquier estrategia que persiga objetivos de reducción de pobreza, de acceso universal y de equidad en salud.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: COMPOSICIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD (En porcentajes del PIB)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2006

257. A lo largo del quinquenio la OPS ha trabajado con los ministerios de salud, los bancos centrales, los institutos de estadísticas y ministerios de finanzas, en la producción anual de indicadores económicos y financieros de salud en el marco del Sistema de Cuentas Nacionales (SNA-1993) y de la clasificación funcional del gasto según el *Manual de estadísticas de finanzas públicas*. Como resultado, durante este periodo se ha propiciado el uso de indicadores económicos y financieros para la toma de decisiones y la generación de políticas públicas de salud. Asimismo, se han fortalecido los institutos, centros y departamentos de cuentas y economía sanitaria en los ministerios de salud y se ha mejorado la disponibilidad de estimados regionales del gasto sanitario con la aplicación del *Manual de cuenta satélite de salud*, lanzado por la OPS en julio de 2005.

258. Como experiencia exitosa a nivel de país, se destaca el trabajo realizado por la OPS en Costa Rica en el bienio de 2005 a 2007. Con el apoyo de una experta internacional, se diseñó y puso en práctica el método para crear la cuenta satélite de salud, que actualmente contiene información para los años 2004 y 2005. A partir del 2008 se proyecta incorporar la información de 2006 y 2007 y de cada año inmediato anterior.

259. Como resultado de este trabajo, se integró en el Ministerio de Salud un equipo de trabajo permanente constituido por especialistas en la economía de la salud. El mismo tiene como funciones por una parte, la de garantizar que cada institución responsable brinde cada año los insumos necesarios para generar la cuenta satélite de salud y por otra, la de integrar, analizar y divulgar la cuenta satélite y facilitar que las autoridades competentes tomen decisiones para lograr un financiamiento equitativo, suficiente y sustentable del sector sanitario.

Los recursos humanos capacitados son el eje fundamental de la salud

260. Un papel crucial desempeña la fuerza de trabajo en el cumplimiento de los ODM y otros objetivos nacionales vinculados con la salud. En 2005, 28 países de las Américas y distintas agencias internacionales acordaron ciertas líneas de acción para superar las dificultades relacionadas con los recursos humanos. La Llamada a la Acción de Toronto, definió la necesidad de a) definir políticas y planes para satisfacer las necesidades fluctuantes de los sistemas de salud y generar la capacidad laboral para ponerlos en marcha y revisarlos periódicamente; b) colocar a los distintos tipos de personal donde sean necesarios; c) controlar la migración y el desplazamiento de los trabajadores de salud de manera que toda la población tenga acceso continuo a la atención sanitaria; d) crear ambientes ocupacionales sanos y e) fomentar la cooperación entre las instituciones docentes y los servicios de salud para cerciorarse de que el plan de estudios de los trabajadores sanitarios se adapte a las necesidades de la población.

261. En la OPS, el fortalecimiento de las políticas e información vinculadas con los recursos humanos se ha producido en conexión con la iniciativa de los observatorios de recursos humanos para la salud, que es una red de investigación, análisis, intercambio de información y promoción de la causa ideada para orientar las políticas en materia de recursos humanos.

262. La iniciativa del observatorio se creó con la finalidad de recoger información y pruebas científicas que sirvan de base para formular políticas, renovar y mejorar la fuerza laboral y fortalecer las relaciones entre los sindicatos, el mundo académico y las autoridades sanitarias para corregir las carencias y desequilibrios en la distribución de los trabajadores de salud.

263. Para 2006, a la red la constituían 26 países, cuando en sus inicios contaba solo con nueve, y además tenía más de 40 nódulos y estaciones de trabajo en una red ampliamente conocida que ha producido análisis y estudios nacionales y generado un movimiento que hoy en día es un componente ordinario de las actividades de planificación y diseño de políticas en los países americanos. En la actualidad, muchos de estos países, entre ellos Brasil, Colombia, Cuba, Nicaragua y Perú tienen incorporada una unidad del observatorio en la estructura institucional de sus ministerios de salud.

La planificación de los recursos humanos de salud para 2006 a 2015

264. En 2006, la planificación de los recursos humanos de salud se vio reforzada por el interés suscitado por el Día Mundial de la Salud y el informe de la OMS sobre la salud, titulado *Colaboremos por la salud*, y la celebración por la OPS de la Semana Panamericana de la Salud, los cuales llamaron la atención del mundo entero sobre la actual crisis de los recursos humanos. La iniciativa, que alguna vez fue de la OPS exclusivamente, ahora se ha convertido en una alianza entre distintas partes interesadas no sólo de las Américas, sino también de otras regiones que se responden a los mismos principios.

265. Aprovechando los compromisos de los países y el apoyo mundial, la Unidad de Gestión de Recursos Humanos (HRM) de la OPS y la Red Regional de Observatorios se aliaron con Brasil y Canadá, además de Costa Rica, Jamaica, Perú y otros países, a fin de crear el Comité Directivo Panamericano y un consorcio para la planificación de recursos humanos que garantice una respuesta coordinada a la Llamada a la Acción de Toronto. Dos subregiones (Centroamérica y los países andinos) iniciaron un intenso proceso de fortalecimiento de capacidades en las áreas de políticas y administración por medio de cursos en línea, adiestramiento en distintos puntos y actividades docentes de país en país.

El Plan Decenal de Recursos Humanos 2006-2015

Costa Rica ha participado en la preparación de un documento de posición sobre los desafíos en el área de los recursos humanos, así como en la reunión de Toronto de Llamada a la Acción para una Década de Recursos Humanos de Salud en las Américas 2006-2015 (*Call to Action for a Decade of Human Resources in Health in the Americas 2006-2015*). Ha creado, además, una comisión técnica intersectorial para el desarrollo de los recursos humanos que inició sus funciones en el 2005 y que apoya la formulación y adopción de la política nacional para la gestión de los recursos humanos de salud. Asimismo, cuenta con un Plan Decenal de Recursos Humanos 2006-2015 entre cuyas actividades figuran el establecimiento de un sistema de información sobre recursos humanos, la recertificación profesional, la investigación en el campo de los recursos humanos y el trabajo con instituciones de los diversos sectores, incluido el de la salud.

266. Este enfoque integrado multinacional confirma que un asunto que ha estado descuidado en los planes de trabajo sanitarios puede convertirse en el elemento central de las acciones internacionales en un periodo relativamente corto. Revela, asimismo, el valor del liderazgo a la hora de fomentar el compromiso internacional y la cooperación horizontal para iniciar movimientos de cambio nacionales y regionales.

267. Un componente central de esta estrategia de planificación de los recursos humanos, consiste en encontrar formas de frenar o reducir a un mínimo los efectos nocivos de la migración de trabajadores de la salud cuyas funciones son indispensables de países en desarrollo a países desarrollados. Aunque este fenómeno se observa mundialmente, toda la Región de las Américas ha aunado sus fuerzas para tomar medidas al respecto; Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, Perú, Uruguay y Venezuela participan en estudios multinacionales acerca de la migración de las enfermeras y los médicos en las Américas. Estos estudios sirvieron de base para un diálogo político entre los ministros de salud de América Latina y diversos países europeos que se encaminó a encontrar formas de contrarrestar su efecto sobre las poblaciones subatendidas. Los países de la CARICOM están estableciendo pautas para el movimiento e intercambio de recursos humanos de salud entre los países miembros para que los trabajadores de la salud puedan migrar dentro de la subregión sin empeorar la escasez de personal en los países de origen. Las pautas para la migración de los trabajadores sanitarios abarcarán estándares para el adiestramiento y la certificación y el intercambio de recursos desde los países de destino hacia los países de origen.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica

268. En junio de 2007, de un total de 21 países, 19 habían puesto en práctica el sistema de vigilancia subregional de las enfermedades transmisibles; 17 habían formulado manuales nacionales sobre el tema; 4 habían preparado manuales nacionales y 9 habían celebrado talleres de adiestramiento nacionales en materia de vigilancia.

269. La vigilancia epidemiológica es una de las funciones básicas del CAREC, el que trabaja con los Estados Miembros en la formulación de pautas y políticas nacionales y regionales. Durante la Copa Mundial de Críquet que tuvo lugar en nueve países del Caribe, se introdujeron sistemas de notificación en línea para facilitar la transmisión de datos y de información. Se espera ampliar esta iniciativa a medida que se sigan fortaleciendo los sistemas.

270. En años recientes las actividades de vigilancia se han ampliado hasta abarcar la creación de sistemas de vigilancia para las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Cuatro países han llevado a cabo encuestas poblacionales sobre estos factores y otros seis las están planificando. La OPS y el CAREC también colaboran con los países en la puesta en marcha del plan regional de enfermedades no transmisibles en el Caribe.

El Reglamento Sanitario Internacional

Las autoridades nacionales de salud de Panamá han participado desde mayo de 2003 en la revisión del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y en la aprobación de su versión revisada en 2005. Esas autoridades establecieron un patrón de medidas de protección para los países en caso de declararse un problema de salud pública de alcance internacional, procurando que la respuesta sea oportuna.

Asimismo, en el país se difunde información y conocimientos técnicos respecto del nuevo RSI, que comprende medidas de alerta precoz y respuesta oportuna frente a los desafíos presentes y futuros planteados por las enfermedades infecciosas y otros problemas sanitarios de importancia para el país y para la comunidad internacional. En este contexto, Panamá ha tomado medidas para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la detección, prevención y contención de las enfermedades transmisibles, por considerar que una epidemia en el país, sea cual fuese su origen, podría propagarse rápidamente y producir pérdidas económicas que empeorarían la situación de las poblaciones pobres.

Los actuales factores condicionantes de tipo poblacional y ambiental, el tránsito internacional continuo de personas y mercancías, y la amenaza de una pandemia de gripe ponen de relieve la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica y la capacidad de análisis para aplicar intervenciones oportunas, fundamentadas en datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, que incrementen la eficacia de los servicios de salud del país y conformen un sistema eficiente de alerta y respuesta frente a emergencias de carácter epidémico.

Las autoridades sanitarias se encuentran desarrollando su Centro Nacional de Enlace, en lo relacionado a sus funciones, estructura básica y capacidad de recibir, analizar y transmitir información que en ocasiones puede ser política o económicamente sensible. Si bien el nivel de responsabilidad técnica de este punto focal lo constituye la unidad de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud, se desarrollan esfuerzos en lo relacionado a la detección, análisis, notificación y respuesta en tiempo útil, en los plazos que establece el RSI (2005).

Con el propósito de resolver limitaciones respecto a la implementación del RSI (2005), Panamá se encuentra liderando la propuesta del CTEP entre Centroamérica, República Dominicana y Cuba, que tiene el propósito de desarrollar y/o fortalecer capacidades y trabajo en red para prevenir, proteger y controlar la propagación internacional de enfermedades mediante respuestas de salud pública adecuadas a los riesgos, evitando interferencias innecesarias en el tráfico y comercio internacionales, conforme lo establecido en el RSI (2005).

271. El CLAP está preparando nuevas versiones del Sistema Informático Perinatal y del Sistema Informático del Adolescente, tarea que abarca la actualización del contenido de la historia clínica perinatal y de la historia clínica del adolescente con arreglo a las mejores pruebas científicas existentes. El propósito consiste en generar sistemas de información más eficientes que faciliten el registro de los datos y su análisis automático, así como el desarrollo de investigaciones operacionales, el monitoreo de la calidad de atención y la toma de decisiones. El CLAP está finalizando análisis de situación basados en las evidencias, dirigidos a apoyar los procesos locales para el desarrollo de normas de atención y la capacitación de recursos en salud reproductiva, materna y perinatal, con

enfoque en APS y siguiendo el concepto del continuo del cuidado. Estas guías se acompañan de diversas tecnologías que incluyen estándares y orientaciones de fácil uso e interpretación, que apoyan el proceso de atención que se recomienda en estas guías.

La vigilancia epidemiológica en el Caribe

Los sistemas de vigilancia epidemiológica en la Región han cobrado una importancia crítica en años recientes. A raíz de los sucesos del 11 de septiembre de 2001 en los Estados Unidos y de la aparición desde 2003 del virus del Nilo occidental, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS), la encefalitis espongiforme de Creutzfeld-Jacob (“enfermedad de las vacas locas”), la gripe aviar y otras enfermedades emergentes y reemergentes mortales de rápida propagación, algunos países del Caribe han solicitado la ayuda de la OPS para fortalecer sus sistemas de sanidad portuaria a fin de controlar la penetración de esas enfermedades en su territorio.

El turismo y el movimiento internacional de animales y productos suscitan problemas vinculados con la seguridad de los alimentos, el agua, las infecciones transmitidas por vectores, la exposición a ciertas enfermedades transmisibles importadas del extranjero, y la seguridad ocupacional. Para mayo de 2004, Bahamas, Barbados, Dominica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, y Trinidad y Tabago habían optado por colaborar entre sí con el propósito de mejorar su competencia en el campo de la sanidad portuaria.

Antes de que entrara en vigor el Reglamento Sanitario Internacional el 15 de junio de 2007, la CPC ya había elaborado una lista de puntos para facilitar la capacidad de las estructuras y recursos nacionales para cumplir los requisitos mínimos para poner en práctica el Reglamento. En colaboración con el Representante de la OPS/OMS en Suriname y las autoridades nacionales de ese país, la lista se ha usado para evaluar la capacidad de Suriname para llevar a la práctica los requisitos del Reglamento. Santa Lucía, también, la ha empleado para hacer su propia evaluación y otros países se preparan para usarla.

Los logros alcanzados en la lucha contra las enfermedades prevenibles mediante la vacunación

272. Gracias al Programa Ampliado de Inmunización (PAI), en los últimos 10 años se ha avanzado mucho en la Región hacia la protección de los habitantes contra las enfermedades prevenibles mediante la vacunación, como indican la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y del tétanos neonatal, el control de la fiebre amarilla, y la introducción de la vacuna contra la rubéola y de la vacuna pentavalente. De hecho, la mortalidad a causa de la mayoría de las enfermedades contra las cuales existen vacunas se ha reducido en más de 90%. Estos logros han obedecido al compromiso sostenido de los gobiernos, los profesionales de la salud y la población en general.

273. En todos los países de la Región, excepto uno, se han introducido las vacunas contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), y en 34 países se usa la

vacuna combinada pentavalente contra la difteria, la hepatitis B y Hib. Desde que las vacunas contra Hib se introdujeron en los regímenes de vacunación del sector público, el número de casos notificados se ha reducido enormemente.

274. Antes de introducirse la vacuna antirrotavírica, la OPS está apoyando a los países a establecer un sistema de vigilancia de rotavirus (RV). El propósito de la vigilancia es determinar la carga de morbilidad en los países y los subtipos víricos que circulan en ellos.

275. En 13 países, incluidas las Antillas Neerlandesas y Aruba, se ha llevado a cabo una evaluación general del programa de inmunización, que ha mostrado áreas a reforzar. Todos los países han tomado medidas para corregir la mayor parte de las carencias detectadas. La evaluación se ha usado como estrategia para compartir experiencias e impartir destrezas a los profesionales de salud del país evaluador y a los miembros de los equipos procedentes de otros países.

276. Haití es el único país de la Región que aún no ha introducido las vacunas contra la rubéola, la hepatitis B y *H. influenzae* tipo b. Con el apoyo técnico de la OPS y el resto del Comité Coordinador Interagencial (CCI), estas vacunas se introducirán en los próximos dos años. Este año, la vacuna contra la rubéola se introducirá mediante una campaña nacional y quedará integrada en el régimen básico de vacunación. Además, se apoyará técnicamente al país en la presentación de una propuesta a la Alianza GAVI (conocida antes como Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización) para la introducción de la vacuna pentavalente contra la hepatitis B-Hib-DTP en 2008. La Unidad de Inmunización de la OPS continuará ayudando al programa nacional de inmunización de Haití a movilizar fondos y poner en práctica estrategias de sustentabilidad financiera, tales como la creación de leyes que establezcan una línea presupuestaria específica para la vacunación.

277. En el quinquenio de 2003-2007 Cuba introdujo tres vacunas en su régimen de vacunación: la vacuna sintética contra el Hib de producción nacional y única en el mundo; la vacuna tetravalente (DPT/HB) y la vacuna pentavalente (DPT/Hib/HB) de producción nacional. El país elaboró, además, un esquema de vacunación para proteger a más de 40.000 estudiantes latinoamericanos contra el sarampión, la rubéola, la hepatitis B, la enfermedad meningocócica y el tétanos. En general, el país mejoró el sistema de vigilancia al garantizar el análisis sistemático de los datos y la provisión de información confiable y oportuna.

278. En el quinquenio en Cuba han dejado de constituir problemas de salud pública la fiebre tifoidea y la infección por Hib, y la morbilidad y mortalidad vinculadas con la parotiditis, la enfermedad meningocócica y la hepatitis B han disminuido enormemente. Las coberturas de vacunación con todas las vacunas del régimen contra 12 enfermedades

superan el 95%. En 2004, se realizó la evaluación internacional del PAI. También se han apoyado diversas investigaciones y la negociación de un Proyecto GAVI para el fortalecimiento de los servicios de salud.

279. Guatemala mantiene estándares óptimos para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación y ha iniciado la vigilancia centinela de la diarrea por rotavirus, la gripe estacional, la meningitis y las neumonías bacterianas. La cobertura nacional con todas las vacunas supera el 90% desde el 2002. El país, donde no hay sarampión ni poliomielitis, ha incorporado la vacuna pentavalente y la de la gripe estacional y se prepara para introducir otras vacunas nuevas.

Un Ecuador sin poliomielitis, sarampión, tétanos, rubéola o rabia

En el Ecuador, la poliomielitis no ha sido un problema de salud pública desde hace 17 años, el sarampión desde hace 10, y la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal desde hace tres. En la actualidad solamente se producen casos esporádicos de estas enfermedades. Esto se debe a la prioridad que el gobierno ha otorgado al financiamiento del programa de vacunación, demostrado en un aumento de 600% del presupuesto para vacunas en el quinquenio de 2003-2007. Se han introducido nuevas vacunas, entre ellas la pentavalente, la anti-hepatitis B para grupos en riesgo, y la antigripal.

Como resultado de las campañas masivas de vacunación, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el tratamiento adecuado de personas expuestas y la participación activa de la comunidad, los casos de rabia humana y canina se han reducido de manera significativa. En 2006, no se notificaron casos de estas enfermedades.

El aumento de las coberturas de vacunación de manera progresiva se debe al fortalecimiento del nivel gerencial del programa ampliado de inmunización (PAI) en las provincias y áreas de salud, el fortalecimiento de la cadena de frío y a la apropiación de los procesos en cada nivel, incluida la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación.

280. Tras la detección del último caso de poliomielitis por poliovirus salvaje en la Región, la cual tuvo lugar en Perú en 1991, este virus ha dejado de circular en los países americanos. Se siguen vigilando los casos de parálisis flácida aguda (PFA), cuya incidencia anual es mayor de 1 caso por 100.000 niños menores de 15 años. Los países de la Región están completando un inventario de los laboratorios donde hay poliovirus o material posiblemente infectado con él como parte de un plan para contener el virus en los laboratorios. Mientras el poliovirus siga circulando en otras partes del mundo, los países del continente estarán en peligro de importarlo. Cuando es baja la cobertura con la vacuna antipoliomielítica en los países, municipalidades y poblados, se presenta el peligro de un brote de infección con la cepa contenida en la vacuna, como sucedió en República Dominicana y Haití en 2000-2001.

281. Los casos de tétanos se han reducido gracias al uso generalizado de toxoide tetánico en niños y mujeres en edad reproductiva para prevenir el tétanos neonatal (TNN). La eliminación del TNN como problema de salud pública (definida como menos de 1 caso por 1.000 nacidos vivos en cada distrito) ya se ha logrado en todas partes, salvo en Haití. En América Latina, los casos de tos ferina se han seguido reduciendo en años recientes, habiendo descendido de 9.421 casos en 1999 a 4.921 en 2003. No obstante, 4.928 casos se notificaron en 2004 y 6.807 en 2005, y sigue habiendo brotes. Más de 70% de todos los casos de tos ferina notificados en las Américas en estos años han ocurrido en Estados Unidos, donde la incidencia de la enfermedad ha venido aumentando paulatinamente desde comienzos de los años ochenta. En el caso de la difteria, cerca de 100 casos anuales se han notificado en toda la Región entre 1999 y 2003. Sin embargo, se notificaron 181 en 2004 y 272 en 2005 después de un brote en Haití y República Dominicana. Un descenso abrupto de la infección por Hib se ha producido en algunos países con buenos sistemas de detección. Por último, los resultados de la vacunación contra la hepatitis B no podrán apreciarse hasta dentro de algunos años, pero se espera que sean buenos, ya que la cobertura regional con la tercera dosis ha superado el 90% desde 2004.

La Semana Anual de Vacunación en las Américas, 2007

En abril de 2007 se celebró en la Región la quinta Semana Anual de Vacunación en la que participaron 45 países y territorios. Más de 47 millones de personas fueron vacunadas. En la subregión andina se vacunó a 11.284.046 personas; en Centroamérica y el Caribe hispanohablante, a 10.810.337; en el Cono Sur y Brasil, a 18.347.938; en México a 6.983.224; y en el Caribe anglo y francohablante, a 162.220. Canadá, algunos países del Caribe y los Estados Unidos se enfocaron en la comunicación social.

282. Aunque en general la cobertura de vacunación es buena en los países, hay gran disparidad entre distintas municipalidades dentro de cada país. Para que la protección global con la vacuna se extienda a todos los niños y a todas las personas vulnerables en la Región, los países están determinando qué municipalidades están en riesgo para poder concentrar en ellas las intervenciones. Asimismo, la Semana de la Vacunación en las Américas (VWA), que se celebra en abril, es una iniciativa regional que permite a los países dirigir las intervenciones a los grupos en mayor riesgo y en áreas desatendidas y generar el apoyo político necesario para la prevención y el control de las enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

283. Varias vacunas nuevas están en elaboración o ya se han elaborado y es necesario que la decisión de introducirlas se base en datos científicos. Estas vacunas nuevas son mucho más caras que las tradicionales y plantean nuevos retos programáticos. Seis países han incorporado la vacuna antirrotavírica en sus regímenes de vacunación ordinarios y

tres más lo habrán hecho para fines de 2007. La vacuna conjugada contra *Pneumococcus* se ha introducido parcialmente como parte de los programas públicos de vacunación en tres países. La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) representa una oportunidad para reducir la carga de infección por VPH y el cáncer cervicouterino. Sin embargo, su costo (más de \$100 por dosis en el régimen de tres dosis) y la necesidad de fortalecer los servicios de vacunación y los programas de prevención y control del cáncer podrían obstaculizar su introducción en el corto plazo.

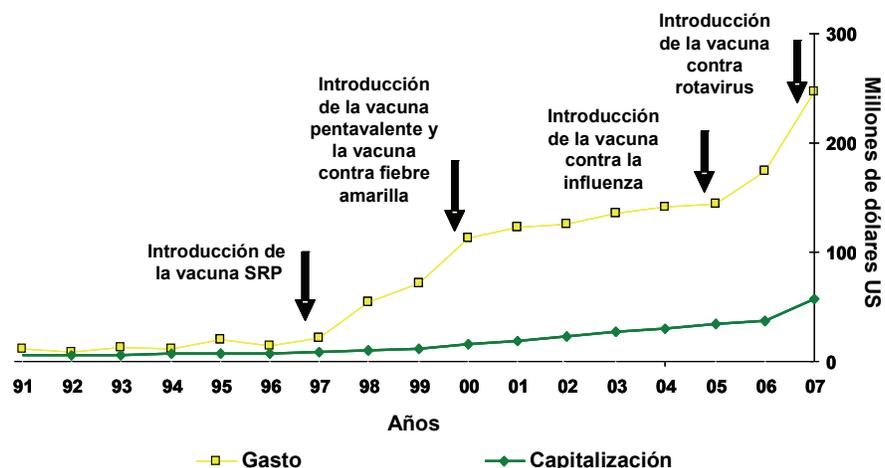
284. La OPS ayuda a los países a mejorar sus programas de inmunización y vigilancia, su capacidad de diagnóstico y sus redes de laboratorio regionales; a reforzar la prioridad política y sustentabilidad de los programas de vacunación mediante la adopción de leyes; y a garantizar el abastecimiento oportuno de vacunas de calidad por medio del Fondo Rotatorio de la OPS para la compra de vacunas. En el actual quinquenio, la utilización por parte de los países del Fondo Rotatorio ha sido la más alta registrada hasta la fecha.

El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas

285. El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS es un mecanismo de adquisición de vacunas e insumos de inmunización al mayoreo que la OPS maneja desde 1979 para cubrir las necesidades de biológicos e insumos de los Estados Miembros. Cada año el FR consolida pedidos de vacunas de los países que desean participar y realiza una licitación internacional abierta a los productores de vacunas. La OPS compra las vacunas con fondos del Fondo Rotatorio que los países reembolsan cubriendo las compras realizadas a su nombre.

286. Al 2006, 37 países están haciendo el uso regular del Fondo para la adquisición de hasta 45 productos de vacunación. El Fondo está simplificando sus servicios integrados a los países y reduciendo aun más los costos de adquisición, almacenamiento, distribución y uso de las vacunas a lo largo de la cadena de producción y suministro. A finales de 2005, el Fondo capitalizó poco más de \$34 millones y los gastos totales excedieron \$154 millones ese año. El Fondo Rotatorio, como organismo de adquisiciones sumamente eficaz, continuará su función estratégica para fortalecer la sustentabilidad de los programas nacionales de inmunización en toda la Región.

Crecimiento del Fondo Rotatorio, 1991-2007



Fuente: Fondo Rotatorio, Unidad de Inmunización, OPS (datos para 2007 son provisionales).

287. La iniciativa Pro-Vac para la promoción de decisiones políticas basadas en datos científicos en torno a la introducción de vacunas nuevas en América Latina y el Caribe, así como la Visión y Estrategia de Vacunación Regionales, permitirán que la OPS siga prestando apoyo técnico para ayudar a los países a enfrentar los desafíos que se avecinan en los próximos años.

288. Lo logrado en materia de vacunación ha fortalecido la infraestructura de la salud pública en general y las redes regionales de laboratorios en particular; ha fomentado una buena coordinación intersectorial; ha mejorado la equidad y ha concienciado a la población en torno a la importancia de la prevención.

La eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas

En 2003, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD44.R1, que propugnaba la eliminación de la rubéola y del SRC en las Américas para el 2010. La medida obedeció a la disponibilidad de una vacuna segura, asequible y eficaz; a lo aprendido tras la administración de las vacunas antisarampionosa y antirubeólica a grupos de población grandes y heterogéneos, y a la disponibilidad de datos de eficacia y efectividad en función de los costos. Se instó a los países a elaborar planes de acción para alcanzar la meta y se solicitó a la Directora de la OPS que elaborara un plan de acción regional para movilizar los recursos necesarios. En 2006, la resolución CD47.R10 reafirmó la eliminación de la rubéola y el SRC.

Para junio del 2007, 41 países (93%) y territorios (91% de la población de la Región) ya tenían estrategias de vacunación para adolescentes y adultos (hombres y mujeres) con una cobertura de 95% o más. De 1998 al primer semestre del 2007, Argentina, Bolivia, Brasil (sólo mujeres), Chile (sólo mujeres), Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, el Caribe de habla inglesa, Guatemala, Honduras, México (subnacional), Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela (sólo cohortes de jóvenes) llevaron a cabo extensas campañas de vacunación de adolescentes y adultos (hombres y mujeres) a fin de interrumpir rápidamente la transmisión del virus de la rubéola y prevenir el SRC. Para mediados del 2007 se había vacunado a más de 125 millones de hombres y mujeres (niños y adolescentes) contra el sarampión y la rubéola en el contexto de la eliminación de estas enfermedades. Cuando acaben las campañas programadas para 2008, otros 108 millones de personas habrán sido vacunadas contra esas enfermedades.

Gracias a la buena cobertura obtenida con las diferentes estrategias de vacunación, la incidencia de rubéola se ha reducido enormemente en el continente americano. El número de casos de rubéola confirmados disminuyó casi 98% entre 1998 y 2006 (de 135.947 a 2.912), y en 2006 hubo sólo 14 casos confirmados y notificados de SRC. La reducción de la incidencia de rubéola ha sido mayor en los países donde se ha vacunado tanto a los hombres como a las mujeres.

La OPS ha integrado las actividades de eliminación de la rubéola con los principios básicos de la atención primaria de salud, con lo cual ha mejorado los servicios de atención. Asimismo, las estrategias de eliminación han fortalecido la infraestructura sanitaria; han conseguido una mayor coordinación, mejorado los bancos de sangre y los servicios neonatales y para lactantes, y generado una mayor conciencia de las prácticas de vacunación segura. Al mejorar la salud materno-infantil y permitir que las mujeres reafirmen su derecho a una buena atención sanitaria, la eliminación de la rubéola está contribuyendo al cumplimiento de los ODM y a la reducción de las inequidades sanitarias.

Bolivia lanza una campaña para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita

Con el lema “Una sola vez es para siempre”, en mayo y junio del 2006 Bolivia emprendió la Campaña para la Eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita, en cuyo contexto administró la vacuna vírica doble contra el sarampión y la rubéola a hombres y mujeres de 15 a 39 años de edad en los 327 municipios del país. Movilizó al Ministerio de Salud, las prefecturas, los municipios y a la población mediante las organizaciones sindicales y se lograron las metas fijadas.

Al cabo de 6 semanas de vacunación, la cobertura administrativa nacional fue de 106,8%. El excedente porcentual se atribuye en parte a que en algunos se vacunó, debido a la demanda, a personas mayores de 39 años y menores de 15. Todos los departamentos del país alcanzaron coberturas administrativas de más de 95%. Sorprendentemente, la vacunación tuvo la gran aceptación de la población masculina adulta, la cual estaba en duda al inicio de la campaña.

No se ha presentado ningún caso confirmado de rubéola en Bolivia desde la semana 6 del 2006. La campaña también ha reforzado la eliminación del sarampión en el país, ya que el último caso de sarampión detectado data del año 2000.

La salud ocular en América Latina y el Caribe

289. La iniciativa regional de salud ocular tiene por objeto aumentar el acceso a los servicios de salud ocular de la población marginada en lo económico y social con el propósito de prevenir cerca de 80% de los casos de ceguera y discapacidad visual que ocurren actualmente en la Región. En América Latina y el Caribe, cerca de cinco de cada 1.000 personas es ciega y 20 de cada 1.000 tiene un impedimento visual. Las principales causas de ceguera evitable en la Región son las cataratas, que conducen a más de la mitad de los casos de ceguera; el error de refracción; la ceguera infantil congénita; la retinopatía diabética y el glaucoma.

290. Cuando se reducen la ceguera y la mala visión en la población, se alivian la pobreza y el subdesarrollo y las personas tienen más oportunidades de educarse y trabajar. En los últimos cinco años se ha aumentado el acceso a los servicios de salud ocular en las zonas urbanas marginales y rurales de muchos países de la Región, gracias al apoyo de la OPS, Visión 20-20 y ONG internacionales y a la cooperación bilateral aportada por países como Cuba y Venezuela. También ha aumentado mucho el número de países con planes nacionales de salud ocular. El acceso a los servicios, que se mide en función del número anual de extracciones de cataratas por millón de habitantes, ha mejorado ostensiblemente en la Región. Más de 1.500 extracciones por millón de habitantes se realizaron en 26% de los países en el 2002 y en 50% en el 2006.

291. El Programa Regional de Salud Ocular, cuya sede se sitúa en Colombia, ha demostrado la magnitud y las causas del problema mediante estudios epidemiológicos, que a la fecha se han terminado en nueve países de la Región. En los estudios se han medido la prevalencia de ceguera y discapacidad visual, la proporción de casos de

ceguera causados por las cataratas, la cobertura y la calidad de los servicios, y las barreras de acceso. Los resultados han demostrado que en las poblaciones marginadas y pobres, la prevalencia de ceguera y discapacidad visual es mayor que en otros grupos. Estos datos han servido de base para la planificación y la promoción de la causa.

La salud bucodental en la Región

292. Se han producido logros extraordinarios en el campo de la salud bucodental en las Américas. Los programas de fluoración han reducido en 35 a 85% la carga de enfermedad representada por la caries en toda la Región. La cooperación técnica proporcionada mediante el Programa de Salud Bucal de la OPS se ha orientado a lograr que los países con alta morbilidad y una carencia de políticas preventivas adecuadas adopten políticas eficaces y generen mejores indicadores del estado de la salud bucodental. Un programa de fluoración que dio buenos resultados se presentó a manera de estudio de caso en la publicación titulada *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Hoy por hoy, más de 25 países y más de 350 millones de personas han tenido acceso a programas de fluoración en las Américas.

293. Con el apoyo del BID, el Programa de Salud Bucal ha creado un modelo, basado en las mejores prácticas, para incrementar el acceso al tratamiento de la caries dental mediante técnicas sencillas. En tres países latinoamericanos, diversos ensayos clínicos han demostrado que la técnica de restauración atraumática (sistemas PRAT) es más eficaz en función del costo que los métodos tradicionales para el tratamiento y la prevención de la caries. Diversos países ya han adoptado el sistema PRAT en el contexto de sus planes de salud y cada vez son más numerosos los países que piden que se les ayude a establecer este sistema para proporcionar un mayor acceso a los servicios de atención bucodental.

La promoción de la salud

294. Además de una elevada carga de enfermedades transmisibles y nutricionales propias del subdesarrollo, los países de la Región tienen altas cifras de morbilidad por traumatismos y por enfermedades no transmisibles cuyos factores de riesgo se vinculan con los estilos de vida propios de las sociedades industrializadas. En éstas, la desigual distribución del ingreso, la urbanización, los adelantos tecnológicos, la influencia cada vez mayor de los medios de difusión, la violencia y la desigualdad social son factores que contribuyen al sedentarismo, la mala alimentación, el consumo de alcohol, el tabaquismo y otras prácticas poco saludables. Algunas consecuencias de ello son la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de pulmón, el cáncer de colon y la diabetes sacarina.

295. A lo largo del quinquenio, los Estados Miembros de la OPS han sido muy activos en la adopción de medidas de promoción de la salud para combatir los determinantes sociales, conductuales y biológicos de las enfermedades no transmisibles o de los traumatismos a causa de actos de violencia o accidentes laborales o de tránsito. Estas medidas se han centrado en las recomendaciones de la Carta de Ottawa.

296. En 2005, la Carta de Bangkok sobre la Promoción de la Salud produjo una reorientación de la labor hacia la formación de alianzas con agencias gubernamentales y la sociedad civil y ese año se hizo una determinación de las capacidades en el área de la promoción de la salud en 28 Estados Miembros a fin de poder reforzarlas en los niveles nacional y local. Desde 2006 la OPS ha integrado las actividades de promoción de la salud horizontalmente en todas sus áreas técnicas. El enfoque de los “entornos saludables” (municipios, ciudades y comunidades saludables, escuelas saludables, lugares de trabajo saludables, etcétera) se ha aplicado con muy buenos resultados en muchos países para empoderar a la comunidad y tratar de reducir los factores de riesgo y determinantes sociales que menoscaban la salud. En el 2007, 19 de los 35 países y 3 territorios de la Región participan activamente en la iniciativa de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables. Además de la Red de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de las Américas, 10 países han establecido redes nacionales o regionales y han contribuido al establecimiento de iniciativas a favor de los espacios saludables en sus planes de trabajo nacionales.

297. En mayo de 2005, la OPS y el gobierno vasco firmaron un convenio de colaboración según el cual dicho gobierno acordó respaldar el fortalecimiento de las Escuelas Promotoras de Salud en América Latina. Como resultado, varios productos se encuentran en proceso de elaboración, entre ellos el I Concurso Iberoamericano de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el ámbito escolar, un curso de formación en línea, una “caja de herramientas” y una serie de materiales educativos sobre la promoción de la salud.

La Red Nacional de Municipios y Comunidades Saludables de Perú

Perú cuenta con 750 municipios adscritos a la iniciativa de Municipios y Comunidades Saludables (MCS) y con 15 redes regionales de MCS, las cuales tienen a su vez planes de desarrollo local orientados a incidir positivamente en los determinantes de la salud y a responder a las prioridades locales. En julio de 2007 se constituyó con las 15 redes regionales, la Red Nacional de Municipios y Comunidades Saludables.

Para dinamizar los procesos se elaboró una serie de cuadernos de promoción de la salud que se han diseminado en toda la Región. Varios de los 23 números de la serie están dedicados a los municipios saludables, sobre todo a las políticas de seguridad vial, los residuos sólidos, el tabaquismo, la violencia, la infancia, la adolescencia, el género, el adulto mayor, los derechos humanos, los determinantes sociales de la salud, los ODM y la educación.

En términos de eficacia y efectividad la iniciativa de MCS ha fortalecido las competencias de las instituciones participantes mediante procesos continuos de entrenamiento con métodos basados en pruebas científicas, tales como Participación Juvenil, TEACH VIP de la OMS y Familias Fuertes, además de proyectos locales. Gracias a la iniciativa, se ha formado una alianza estratégica activa entre el Estado, los municipios, la sociedad civil y las agencias de cooperación. Además, el fortalecimiento de las competencias ha hecho que las instituciones trabajen directamente con los adolescentes y las familias en sus zonas de intervención, utilizando las metodologías impartidas.

La estrategia de comunidades productivas y saludables de Uruguay

La iniciativa uruguaya de Acciones Conjuntas de Salud y Agricultura, suscrita por los ministerios de ambos sectores bajo el patrocinio de la OPS, impulsa la estrategia de comunidades productivas y saludables como parte de un plan del gobierno para lograr un país productivo, saludable y solidario. La estrategia fomenta la creación de oportunidades locales para que las comunidades trabajen juntas en pro del objetivo común de mejorar su calidad de vida y estado de salud y modificar los determinantes sociales de la salud.

Los Ministerios de Ganadería, Agricultura y Pesca, y el de Salud Pública, iniciaron la estrategia a nivel nacional junto con las intendencias municipales, la OPS y algunas organizaciones nacionales. Con la participación activa de la sociedad civil organizada se llevan a cabo proyectos productivos locales basados en la promoción de la salud integral y la inclusión social. Estos proyectos tienen por objeto mejorar las condiciones de vida de los pequeños productores agropecuarios y sus familias, sean o no propietarios de tierra; las mujeres y los escolares del área rural; los queseros artesanales; los jóvenes sin ocupación y los pequeños productores de subsistencia y asalariados zafrales. Mediante una amplia gama de actividades y recursos se busca mejorar el ambiente físico y sociocultural en zonas de extrema pobreza a las que no suelen llegar las políticas sociales.

Entre los resultados de la estrategia figuran la conformación de equipos locales intersectoriales; el inicio de procesos de capacitación en horticultura, cría de animales, elaboración de alimentos, hidroponía, envase de productos, etcétera, así como en la promoción de la salud mediante una alimentación saludable, el fomento de la actividad física y la prevención del tabaquismo; el impulso del trabajo colectivo y del “empoderamiento” para la negociación en la gestión local; una mayor participación del sector educativo en el desarrollo de la estrategia; y la articulación de la estrategia con la iniciativa de salud bucal impulsada por la OPS y con diversos programas y proyectos del gobierno nacional.

La estrategia se ha ido extendiendo a casi todas las unidades políticas administrativas del país y se ha iniciado la formación de alianzas estratégicas binacionales entre Uruguay y Brasil, como los Comités Binacionales de Rivera-Livramento y la alianza entre Aceguá (Brasil) y Aceguá (Uruguay).

298. A partir de la Alianza Estratégica Intersectorial entre Salud, Educación, Trabajo y Ambiente presentada en el 47. Consejo Directivo de la OPS, se ha impulsado la concertación regional con los organismos de educación, salud y desarrollo para dar prioridad a la promoción de la salud en la educación temprana. La OPS apoyó la realización de la Reunión Técnica de Escuelas Promotoras de la Salud organizada por la OMS y el Consorcio Educación y Salud de Canadá, la cual tuvo lugar del 5 al 8 de junio de 2007. En esa ocasión los países de la Región se manifestaron a favor de fortalecer la alianza entre los ministerios de educación y los ministerios de salud, que en octubre de 2007 celebrarán un encuentro en Fortaleza, Brasil, para fortalecer la alianza entre los dos sectores no sólo en el plano nacional, sino en el regional, a fin de reorientar la promoción de la salud a la luz de los determinantes sociales de la salud y los ODM.

299. La OPS ha elaborado una serie de guías de planificación y evaluación para fortalecer las capacidades nacionales y generar pruebas científicas de la eficacia de las iniciativas de promoción de la salud. Durante el periodo de 2004 a 2006 se realizaron evaluaciones participativas en diversos países de la Región.

300. El 15 de septiembre de 2007 se celebró en Puerto España, Trinidad y Tabago, la cumbre de CARICOM para las Enfermedades no Transmisibles con el lema “*Stemming the tide of non-communicable diseases in the Caribbean*” [Unidos para detener la epidemia de enfermedades no transmisibles]. Al encuentro asistieron formuladores de políticas y las autoridades del CARICOM y otros organismos de salud regionales e internacionales, movidos por el propósito de definir y emprender acciones para combatir las enfermedades relacionadas con el estilo de vida. Los objetivos de la cumbre fueron idear un enfoque regional consensuado para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, evaluar la carga de estas enfermedades en la Región y proponer medidas inmediatas para combatirlas.

301. La cumbre se convocó a la luz de los resultados de un informe emitido en 2005 por la Comisión del Caribe para la Salud y el Desarrollo, lanzada en 2003 con la ayuda de la OPS para hacer efectiva la Declaración de Nassau, según la cual “la riqueza de la Región radica en la salud”. El informe de la Comisión, encabezada en sus comienzos por Sir George Alleyne, ex Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, reveló que las enfermedades no transmisibles, el VIH y el sida y los traumatismos son problemas sanitarios de primera magnitud en la Región.

La lucha contra el tabaco

302. El tabaco es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la Región. Está ampliamente demostrado que para reducir el tabaquismo se necesitan leyes claras y contundentes y acciones para la promoción de salud y la prevención de las enfermedades causadas por él.

303. Uruguay fue el primer país de América sin humo de tabaco. En junio de 2003 Uruguay firmó el Convenio Marco para el Control del Tabaco y el 1 de marzo de 2006 entró en vigor en el país el Decreto 268/05 sobre Ambientes Cien por Ciento Libres de Humo de Tabaco. Estos logros se debieron principalmente a las actividades de la Alianza Nacional para el Control del Tabaco, cuya formación y consolidación se vieron impulsadas por la OPS.

304. En el contexto de la lucha antitabáquica se han celebrado diversas actividades, entre ellas la campaña “Un millón de gracias” (2006), dirigida a agradecer el compromiso de las personas que han manifestado su oposición a que se fume en los espacios cerrados. Más de 1.200.000 uruguayos participaron en ella. También se ha establecido una línea telefónica gratuita (0800HUMO) para que la gente pueda consultar y participar en la campaña mundial y se han llevado a cabo campañas de sensibilización pública.

305. Con el fin de evaluar la opinión pública en torno al decreto 268/05, en el 2006 se llevó a cabo un estudio de conocimientos y actitudes. El estudio demostró que la mayor parte de la sociedad uruguaya ya es consciente de que tener que respirar el humo de tabaco ajeno es peligroso y una violación de un derecho individual legítimo. En 2007 se

realizó otro estudio para evaluar el impacto del decreto 268/05 sobre la actividad comercial, que es insignificante en términos económicos, según los resultados.

306. En el 2006 el presidente de Uruguay recibió el Premio del Director General de la OMS, entregado por la propia Directora General de ese organismo durante la celebración de la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud en Colonia.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS

El Convenio Marco para el Control del Tabaco es el primer tratado de salud pública internacional que se ha negociado por mediación de la OMS. Se negoció en un periodo de cuatro años, se abrió a firma en junio de 2003 y entró en vigor el 27 de febrero de 2005. En las Américas, 32 países ya lo han firmado y 21 lo han ratificado.

En el periodo de 2003 a 2007 se han celebrado talleres de capacitación en torno a las políticas para la eliminación del

Países que han ratificado el Convenio Marco		
Antigua y Barbuda	Dominica	Panamá
Barbados	Ecuador	Paraguay
Belice	Guatemala	Perú
Bolivia	Guyana	Santa Lucía
Brasil	Honduras	Trinidad y Tabago
Canadá	Jamaica	Uruguay
Chile	México	Venezuela

humo de tabaco en 11 países: Argentina, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Panamá, Perú, Santa Lucía, Suriname y Uruguay. Como resultado, en la Región se ha adelantado mucho en lo que respecta a la adopción de leyes.

Ambientes sin humo de tabaco en las Américas (nuevas leyes adoptadas entre 2003 y 2007)*		
Ambientes cien por ciento sin humo de tabaco (bares, restaurantes, discotecas, casinos)	Ambientes cien por ciento sin humo de tabaco en el nivel subnacional	2 de 3 sin humo de tabaco: instalaciones de salud, educación y del gobierno
Uruguay (2006)	Argentina, con 3 provincias (donde habita 20% de la población total): Córdoba (2003), Santa Fe (2005), Tucumán (2005)	Ecuador (2006): instalaciones de salud, educación y del gobierno
		Perú (2006): instalaciones de salud, educación y del gobierno
		Panamá (2005): instalaciones de salud y del gobierno

En Canadá y Estados Unidos, las leyes en torno al tabaco las dicta cada estado. Por consiguiente, alrededor de 80% de los residentes de Canadá y 50% de los residentes de Estados Unidos viven en jurisdicciones donde no hay humo de tabaco en ningún espacio público, incluidos los bares y restaurantes, ni en ningún lugar de trabajo.

307. En Argentina, las provincias de Córdoba (2003), Santa Fe (2005) y Tucumán (2005), que representan 20% de la población del país, han sido las primeras en adoptar normas para eliminar el humo de tabaco de los ambientes públicos cerrados. El acontecimiento cobra aun más relieve en tanto que Argentina aún no ha ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS.

308. La Provincia de Córdoba ha instrumentado el Programa Provincial Permanente en Prevención y Control del Tabaquismo, creado por una ley provincial sancionada en 2003 y reglamentada en 2004, a la que se han sumado desde entonces otra ley provincial que prohíbe fumar en las instituciones públicas dependientes del Estado y una ley nacional que limita la publicidad en torno al tabaco. La ley de Santa Fe es más amplia y también prohíbe la publicidad directa e indirecta de los productos del tabaco, la venta a menores de edad, la tenencia de expendedores automáticos y la distribución de muestras gratis. La provincia cuenta con otras leyes que establecen definiciones, prohibiciones, limitaciones y sanciones y que establecen mecanismos claros de control y sanción.

309. En Tucumán, una ley ha prohibido fumar en salas de convenciones, museos, bibliotecas, bancos, oficinas, bares, cines, restaurantes y cualquier otro lugar de uso público, aunque fuese privado, que estuviese cerrado. Asimismo, estableció que los propietarios o responsables de dichos lugares podían pedir el auxilio de la fuerza pública y las sanciones correspondientes en casos de violación. Se ha logrado el apoyo de los medios de comunicación y de las personas que no fuman.

310. La OPS ha respaldado los programas de promoción de la salud de Brasil, Chile, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Perú, Trinidad y Tabago y otros países. El Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles (CARMEN) y la Iniciativa Integrada para la Prevención de las Enfermedades no Transmisibles son dos iniciativas regionales con las que se busca incrementar la actividad física en la población. La estrella de televisión Mario Kreutzberger (Don Francisco), a quien la OPS nombró “campeón de la salud” en el 2002 por su labor promotora en las Américas, asistió a la ceremonia inaugural de la 46.^a Reunión del Consejo Directivo de la OPS en Washington, D.C. Don Francisco aprovechó la ocasión para lanzar la campaña "¡A comer sano y a moverse América!", que forma parte de la Estrategia Global de Alimentación, Actividad Física y Salud de la OMS.

La lucha de Chile contra la obesidad

En Chile el exceso de peso es común en todos los grupos de edad, incluidos los niños, y está aumentando. La obesidad afecta a 7,4% de los menores de 6 años; a 17% de los escolares en su primer año básico y a cerca de 25% de los adultos y ancianos. Se estima que actualmente el país tiene 3,4 millones de personas obesas y que para el 2010 éstas serán más de 4 millones si continúa la tendencia actual.

Como otros países de la Región, Chile está pasando por un proceso cultural, social y económico que propicia la práctica de estilos de vida poco saludables. Al comparar las dos últimas Encuestas Nacionales de Presupuestos y Gastos Familiares, se observa que cualquier aumento de los ingresos de los estratos más pobres se ha destinado en gran parte a la compra de alimentos ricos en grasas y azúcares refinadas, alimentos procesados, televisores, electrodomésticos, teléfonos y vehículos de motor, productos que contribuyen a la mala alimentación y a la vida sedentaria.

En el 2006 Chile adoptó la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO-Chile), que se basa en las recomendaciones de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Esta última complementa y amplía la estrategia de intervención nutricional a lo largo del ciclo vital y tiene un importante componente de comunicación cuyo objetivo radica en propiciar mejores hábitos alimentarios y la práctica regular de la actividad física.

La OPS y el Ministerio de Salud han emprendido un trabajo nacional conjunto mediante el cual se busca incrementar la actividad física en los niveles individual y poblacional mediante el programa de Ciclo Recreo Vía en Santiago, que ofrece a los niños y adultos un ambiente seguro para el recreo y el ejercicio. La OPS en Chile procura garantizar la sustentabilidad del programa.

La prevención de los accidentes y de los traumatismos por actos de violencia

311. Desde 2002, la OPS y los CDC han participado en un proyecto conjunto en hospitales de Colombia, El Salvador y Nicaragua con la finalidad de establecer sistemas de vigilancia que permitan recoger información actualizada y oportuna sobre la magnitud y características de los traumatismos sufridos por pacientes que consultan a causa de ellos. Los ministerios de salud y algunos hospitales han usado esos análisis para tomar decisiones internas y proponer intervenciones dirigidas a prevenir esos traumatismos. Actualmente se está extendiendo la iniciativa a otros países.

312. Con fondos de la agencia alemana GTZ, la OPS ha venido impulsando desde 2004 el proyecto para el Desarrollo Juvenil y la Prevención de la Violencia en Argentina, Colombia, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Perú. El proyecto se orienta a fortalecer las redes de instituciones gubernamentales y ONG y a publicar materiales nacionales sobre las políticas públicas y las experiencias participativas en conexión con la prevención de la violencia en esos países. A lo largo del quinquenio también se ha fomentado el trabajo con otras agencias. Desde 2003 se ha patrocinado la Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia (CIPV), compuesta de varias agencias

multilaterales y bilaterales que formulan estrategias y posibles soluciones para contrarrestar la violencia y la delincuencia en países de las Américas.

313. En marzo de 2007 se celebró en la Sede de la OPS una reunión de los directores de esas agencias y se presentó un informe quinquenal. Desde su fundación la Coalición ha emprendido actividades concretas que han producido resultados mensurables y ha catalizado la colaboración entre agencias y la aplicación de estrategias eficaces en toda América Latina.

314. En colaboración con el centro colaborador de la OPS/OMS para la Prevención de las Lesiones y de la Violencia, el Centro de Investigaciones en Salud y Violencia (CISALVA) de la Universidad del Valle en Cali, Colombia, y la USAID, la OPS y la CIPV han aplicado en algunas municipalidades de El Salvador, Nicaragua y Panamá un modelo intersectorial para mejorar la mala calidad de los registros de las defunciones ocasionadas por traumatismos intencionados e involuntarios. En Colombia el modelo ha dado buenos resultados en por lo menos 30 municipalidades.

315. Desde que se celebró el Día Mundial de la Salud en 2004, la OPS ha reafirmado su compromiso de promover la seguridad de la red vial. La cooperación con las autoridades nacionales ha llevado a la aprobación y publicación de los Planes Nacionales de Seguridad Vial en distintos países, entre ellos Costa Rica, Ecuador, El Salvador y Perú. La OPS hizo que se llevaran a cabo actividades en abril de 2007 en casi todos los países de la Región en ocasión de la Semana para la Seguridad Vial y la Asamblea de la Juventud para la Seguridad Vial. Se ha preparado y divulgado un documento con recomendaciones acerca de la obtención, análisis y diseminación de información acerca de los traumatismos sufridos en los accidentes de tránsito.

Los preparativos para desastres y otras situaciones imprevistas de importancia sanitaria

316. A solicitud de los ministros de salud de la Región, la OPS ha establecido un equipo regional de respuesta a emergencias y desastres y ha capacitado a 111 expertos nacionales en 15 países. Este equipo multidisciplinario, integrado por especialistas en el manejo de desastres, epidemiología, agua y saneamiento, comunicaciones, salud mental, servicios de salud, ingeniería civil, administración y logística, se ha movilizó con muy buenos resultados en las emergencias que han requerido la solidaridad internacional y la cooperación técnica de la OPS.

317. Desde 1976, cuando se creó el Programa de Desastres de la OPS, ha habido un progreso constante en las actividades de mitigación, preparación y respuesta del sector de la salud frente a situaciones de desastre en la Región. Sin embargo, ese progreso nunca se había medido sistemáticamente, motivo por el cual la OPS diseñó y aplicó una encuesta de evaluación regional cuyos resultados han permitido establecer el nivel del desarrollo

institucional y evaluar el estado de la planificación, el entrenamiento y la disponibilidad de recursos para responder a los desastres y reducir sus consecuencias sanitarias.

318. Durante los últimos 5 años, la OPS ha consolidado la experiencia acumulada en los países de la Región mediante la producción de guías y materiales técnicos para el manejo integral de las emergencias y desastres en el campo de la salud. Estos materiales se han producido con la participación de entidades como la OMS y otras agencias de las Naciones Unidas, la Cruz Roja y el Banco Mundial. Con el apoyo del Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID), varios países han desarrollado sistemas de información centrado en la salud. El CRID es una iniciativa patrocinada por seis organizaciones, entre ellas la OPS, que se han unido para recopilar y diseminar información sobre los desastres en América Latina y el Caribe.

319. Aunque el impacto de los desastres ha variado a lo largo del quinquenio, la OPS siempre ha logrado asistir a los países mediante la movilización de fondos y equipos de respuesta y, sobre todo, proporcionando cooperación técnica en situaciones de conflicto interno como las que se han producido en Haití y Colombia. La apertura de oficinas descentralizadas ha permitido concentrar la cooperación en las comunidades directamente afectadas.

320. Un ejemplo de los adelantos logrados lo proporciona Honduras, país susceptible a los huracanes, que actualmente cuenta con planes de emergencia departamentales en 19 de sus 20 regiones. La unidad de desastres del Ministerio de Salud ha dado mucha importancia a la formación de recursos en los departamentos y ha puesto en marcha la formación de equipos locales para poder prever y responder mejor a los desastres.

321. La capacitación en el manejo de desastres también se ha incorporado en los cursos de maestría en salud pública y de gestión de riesgos que imparte la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. El país cuenta, además, con el manual del Centro de Operaciones de Emergencia para el sector salud, instrumento que define la organización del sector para dar respuesta en caso de estas emergencias y desastres.

Guatemala se recupera de los daños causados por la tormenta tropical Stan

En 2005, la tormenta tropical Stan sacudió a Guatemala, donde causó la pérdida de vidas y cuantiosos daños en la infraestructura pública y social de 15 departamentos del país. A raíz de la tormenta se notificaron 670 defunciones, 844 desaparecidos, 495.927 damnificados directos por pérdida de la vivienda y 2,7 millones de habitantes afectados. Hubo que alojar a muchos de ellos en 762 albergues habilitados provisionalmente. Asimismo, hubo daños a 38.058 viviendas en 1.372 comunidades ubicadas en 251 de los 331 municipios del país. Se vieron afectados 87 puestos de salud y 31 centros de salud y más de 15.000 pozos de agua. Las zonas más afectadas fueron los núcleos importantes de población maya (mam, kaqchiquel y k'iché), donde predominan los hogares pobres y vulnerables encabezados por mujeres.

Bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y con la participación de la OPS, el UNFPA, el UNICEF, el PNUD, los CDC y la USAID, se realizaron intervenciones integrales en varias áreas. La OPS movilizó más de \$3 millones provenientes de los gobiernos de Canadá, Estados Unidos, Holanda, Noruega, Mónaco y Suecia. La iniciativa redujo la muerte y las enfermedades en la población damnificada y permitió mantener el dinamismo y la solidaridad para la reconstrucción del tejido social, los servicios sociales, la gobernabilidad y la economía local. También fortaleció la capacidad local para hacer frente a futuros desastres naturales.

La atención de la salud mental de la población damnificada se constituyó en un elemento fundamental de la atención integral. Equipos de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales evaluaron la situación y atendieron a los afectados. Se formaron brigadas intersectoriales compuestas de estos expertos y de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas, epidemiólogos, ingenieros en saneamiento, especialistas en vectores, farmacéuticos, promotores de salud y voluntarios.

Una asistencia alimentaria integrada y coordinada provino de los sectores agrícolas y de salud, del programa de seguridad alimentaria nutricional del Ministerio de Salud (PROSAN), de la Secretaría Ejecutiva de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) y de otras instituciones. En siete municipios se creó un sistema de vigilancia nutricional que facilitó la detección de carencias y la provisión de alimentos y micronutrientes a niños y mujeres gestantes en riesgo de desnutrición.

322. En enero de 2005, lluvias torrenciales provocaron graves inundaciones en la costa de Guyana, que es la zona más poblada del país. Se vieron afectadas alrededor de 290.000 personas (39% de la población total). En cuestión de unas horas, miles de víctimas tuvieron que abandonar sus hogares en la capital y en los poblados costeros y cerca de 5.000 tuvieron que ir a refugios improvisados.

323. Con el apoyo de la OPS, el Ministerio de Salud organizó y despachó de 30 a 40 equipos médicos móviles todos los días para que proveyeran atención médica y administraran medicamentos y rehidratación oral. Expertos en salud ambiental también asesoraron a los habitantes acerca de las mejores prácticas relacionadas con el tratamiento del agua en el domicilio y distribuyeron lejía y productos de limpieza.

324. Se llevó a cabo una campaña pública para la profilaxis contra la leptospirosis y los casos sospechados se remitieron al Hospital Público de Georgetown. También se realizaron extensas campañas de información pública sobre el agua, el saneamiento, la higiene personal, la prevención de la diarrea, las sales de rehidratación oral y las medidas de limpieza después de las inundaciones.

325. La OPS ayudó con la vigilancia epidemiológica, el manejo de los sistemas de salud, agua y saneamiento, las medidas de higiene y el abastecimiento de alimentos. Colaboró en la supervisión de 43 refugios registrados y preparó un manual sobre la protección de la salud en ellos. También ayudó a las autoridades sanitarias de la isla a improvisar centros de atención de salud.

La Copa Mundial de Críquet celebrada en el Caribe plantea retos sanitarios

Entre el 11 de marzo y el 28 de abril de 2007, varios países del Caribe sirvieron de anfitriones para la Copa Mundial de Críquet (CMC), acontecimiento destacado mundialmente y auspiciado por el Consejo Internacional de Críquet. Los países anfitriones fueron Antigua y Barbuda, Barbados, Granada, Guyana, Jamaica, San Kits y Neváis, Santa Lucía, Trinidad y Tabago y San Vicente y las Granadinas. Durante la Copa, los países constituyeron un solo espacio doméstico para fines de la seguridad y la inmigración. Se esperaba la llegada de más de 100.000 visitantes entre los espectadores, los deportistas y la prensa. Por su magnitud, el evento exigía la toma de medidas de salud pública y el refuerzo de la vigilancia epidemiológica. Los servicios de emergencia y de sanidad portuaria aplicaron los estándares internacionales a fin de garantizar un ambiente seguro y sano para la competencia y proteger la salud de las poblaciones locales y de los visitantes.

Desde dos años antes de la Copa, la OPS apoyó las actividades de adiestramiento en todos los países que participaron en la competencia. Se adiestró a un total de 1.302 personas y se proporcionó una base de datos con expertos de varias disciplinas entrenados en el manejo de situaciones de desastre. En varios países anfitriones hubo actividades de simulación. La OPS también proporcionó a los países apoyo técnico directo en materia de salud ambiental, eliminación de desechos e higiene de los alimentos. La colaboración entre agencias permitió que los países adquirieran experiencia en la adquisición de ambulancias, instrumental y equipo de cuidados críticos, en el adiestramiento de personal, y en el uso de los sistemas operativos. Gracias a esta colaboración, no hubo ningún brote de enfermedad que tuviese importancia epidemiológica.

326. En 2004, el 45.º Consejo Directivo de la OPS, por resolución CD45.R8, instó a los estados Miembros a adoptar el lema “Hospitales seguros frente a los desastres” como política nacional para reducir los riesgos en esta área. En la resolución se fijó como meta regional que todos los hospitales nuevos se construyeran en conformidad con medidas de protección que les permitieran seguir funcionando en situaciones de desastre y se exhortó a los gobiernos a velar por lograr que al fortalecer y renovar los establecimientos de salud existentes, sobre todo los de atención primaria y manejo de urgencias, se incorporaran medidas adecuadas para la mitigación de desastres.

La salud en las fronteras nacionales

327. Como resultado de los actuales procesos de integración comercial en la Región, la salud en las fronteras nacionales cobra cada vez más importancia. Para controlar las infecciones de transmisión sexual, Estados Unidos y México solicitaron a la OPS que creara una oficina de campo en la frontera mexicanoestadounidense. Dicha oficina, establecida en 1942, ha desempeñado actividades que se han aplicado en otras zonas fronterizas de Centroamérica y Sudamérica.

La salud en las zonas fronterizas entre Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela

En el marco de distintos acuerdos subregionales, las zonas fronterizas entre los países andinos llevan a cabo actividades de integración de diversos sectores del desarrollo, de las cuales las más dinámicas son quizá las del sector de la salud. Destacan en particular las actividades de los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVES), las actividades para la prevención y el control de las enfermedades, y los acuerdos sobre el uso común de los servicios. En los últimos años los campos de acción se han ampliado a fin de abarcar también la vigilancia de las intoxicaciones por plaguicidas y de la calidad del agua (frontera entre Colombia y Ecuador); el desarrollo y la aplicación de métodos de análisis de la situación integral de salud (ASIS) (todas las fronteras) como base para el desarrollo del Plan Andino de Salud en las fronteras; el fortalecimiento local para las funciones contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional (fronteras de Colombia con Brasil y Perú; los estudios de prevalencia, comportamiento y disponibilidad de servicios para personas con VIH (frontera con Ecuador) y el desarrollo de modelos de atención para la población indígena (frontera con Venezuela); y la capacitación en epidemiología, las salas de situación y el sistema de información geográfica.

El avance de las actividades se evalúa constantemente y se revisa y ajusta por medio de las Comisiones de Vecindad, los Comités Técnicos Binacionales de Salud y la Comisión Presidencial de Integración Fronteriza (COPIAF). La OPS ha cooperado técnicamente en la elaboración de módulos basados en los principios de la epidemiología para el control de las enfermedades (MOPECE), el sistema de información geográfica (SIGEPI), el método ASIS y el de la Sala de Situación y Vigilancia de la calidad del Agua, entre otras actividades. Cooperó económicamente, además, mediante tres proyectos de cooperación técnica con el país (Colombia-Ecuador, Colombia-Venezuela y Brasil-Colombia-Perú). En todos se difunden y utilizan los instrumentos mencionados.

Por otro lado, las acciones de salud binacionales afianzan los esfuerzos de integración acordados por las respectivas cancillerías y organismos subregionales (Reunión de Ministros de Salud del Área Andina y Organismo Andino de Salud).

328. En la frontera entre Belice, Guatemala y México se han realizado proyectos centrados en la vigilancia, la prevención y el control de enfermedades transmisibles como la rabia humana, la enfermedad de Chagas y el paludismo, que se han visto impulsados por los Acuerdos de Tuxtla, el Plan Puebla-Panamá y otros tratados de colaboración formales apoyados por la OPS y otras agencias de cooperación internacional.

329. Con la amplia participación de las intendencias municipales de Uruguay y de las prefecturas de Brasil, Uruguay ha trabajado junto a Brasil, en particular el Estado de Río Grande do Sul, en asuntos de interés común fronterizo relacionadas con el fomento de comunidades productivas y saludables; el desarrollo de estrategias para el control de las zoonosis; la integración de acciones en las áreas de salud y agricultura; la realización de actividades municipales coordinadas sobre la inocuidad de los alimentos; y la integración de órganos conjuntos binacionales de integración local.

330. La OPS ha formado en la frontera binacional entre Brasil y Uruguay Comités Binacionales de Salud; comunidades productivas y saludables en áreas postergadas de Artigas, Rivera y Cerro Largo y reuniones de coordinación entre diversos organismos nacionales. Todo este trabajo tiene expresión en instancias nacionales y subregionales, como en el caso de los proyectos subregionales de la OPS, el Proyecto Cono Sur de Vigilancia y Control de la Hidatidosis, y el control de la enfermedad de Chagas.