ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
64.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012

Punto 3.2-A del orden del día provisional

OD343 (Esp.)
21 de agosto del 2012
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME QUINQUENNIAL 2008-2012 DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

110 años de progreso panamericano en salud

CONTENTS

CAPÍTULO I. LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS EN LA PRIMERA DECADA DEL SIGLO XXI 4

Intervenciones y logros en materia de salud pública 7

CAPÍTULO II. LA OPS, UN ASOCIADO PARA EL NUEVO SIGLO 15

El cumplimiento de los ODM y la renovación de la atención primaria de salud 16

Lucha contra las enfermedades crónicas 21

Los países prioritarios de la OPS 23

Alianzas en pro de la salud 27

Promoción de redes de salud pública 31

Promoción de preparativos 34

La pandemia de gripe por H1N1 del 2009 35

CAPÍTULO III. UNA ORGANIZACIÓN QUE EVOLUCIONA 37

Política del Presupuesto y gestión basada en los resultados 37

Descentralización 38

Nuevos modelos y entidades 42

Políticas y procesos del lugar de trabajo 43

Competencias y aprendizaje 45

Manual electrónico y Manual de operaciones en los países 47

Transparencia, rendición de cuentas y supervisión 47

Marco de respuesta institucional y Centro de Operaciones de Emergencia 50

Tecnologías de la información y de la comunicación 51

Estrategia de gestión del conocimiento y comunicaciones y web 2.0 53

Sistema de información gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana 54

Compras, contratación y desempeño 55

CAPÍTULO IV. EL PROGRESO FUTURO DE LA SALUD PÚBLICA 58

La consolidación de los logros 58

Abordar la agenda inconclusa 63

Los nuevos problemas 66

De la Directora

A los Estados Miembros:

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

Mirta Roses Periago
Directora

Por 110 años, el panamericanismo ha sido una fuerza poderosa hacia el progreso en salud, que ha permitido alcanzar niveles que pocos hubieran imaginado un siglo atrás. Al tiempo de celebrar esos avances, colocamos nuestras metas aun más altas, porque debemos cerrar las brechas de salud que persisten entre y dentro de los países. Para ello necesitamos convocar a la voluntad política y movilizar a la sociedad en su conjunto a fin de superar los determinantes históricos que obstaculizan nuestro camino hacia la seguridad humana y el desarrollo sostenible. Nuestro sueño compartido es que nuestro hemisferio pueda anunciar, más pronto que tarde, el cumplimiento de la meta de "salud para todos".

Mirta Roses Periago
Directora

CAPÍTULO I

LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS EN EL NUEVO MILENIO

1. La primera década del siglo XXI fue un período de progreso significativo en materia de salud y desarrollo, aunque con altibajos, en la Región de las Américas. A escala regional, la esperanza de vida aumentó 4 años entre el 2000 y el 2010, y pasó de 72,2 a 76,2 años. La mortalidad cayó en 11%, a pesar de un rápido envejecimiento de la población (al que sin duda contribuyó).

2. A pesar del declive económico de fines de la década, el número de personas en situación de pobreza en la Región disminuyó en 44 millones entre el 2002 y el 2011, y el de personas en situación de pobreza extrema descendió en 27 millones. Ello fue en gran parte el resultado del crecimiento económico sostenido durante la primera parte de la década, pero también fue un reflejo de las políticas dirigidas específicamente a combatir la pobreza adoptadas por algunos países.

3. Desde el punto de vista del desarrollo político, las tendencias positivas de los años noventa se mantuvieron en la primera década del siglo XXI, con una persistente consolidación de la democracia y el estado de derecho, una mayor descentralización política y administrativa, y un incremento de la participación ciudadana en la gobernanza local. Se produjeron amenazas al orden democrático, pero fueron pocas y no alteraron el modelo regional de aumento de la democracia. En efecto, América Latina y el Caribe se situaron en las primeras posiciones entre las regiones en desarrollo en el "índice de democracia" de la Economist Intelligence Unit (vinculada a *The Economist*) durante esos años, solo por detrás de Europa occidental, los Estados Unidos de América y Canadá.

4. La revolución en curso con respecto al uso de las tecnologías de la información, que aumentó de manera exponencial la comunicación y el intercambio de información entre los países, tuvo algo que ver con estas tendencias positivas. El uso creciente de medios como la web y de las redes sociales dio lugar a la aparición de nuevas redes sociales al igual que redes basadas en intereses específicos, en particular las nuevas "comunidades de práctica", muchas de ellas especializadas en temas relacionados con la salud. Estos medios han ayudado claramente a movilizar y canalizar las nuevas y crecientes demandas de inclusión y participación sociales, y de rendición de cuentas por parte de los gobiernos, las organizaciones y las empresas.

5. Aunque en muchos países de la Región se progresó hacia una gobernanza más democrática y participativa, otros afrontaron graves problemas a este respecto, especialmente los más afectados por el tráfico de drogas y la delincuencia organizada. Para fines de la década, la eficacia en el control del tráfico de drogas, en países como Colombia y México, tuvo como consecuencia el desplazamiento de las vías de tránsito de drogas y de la violencia asociada a este hacia otros países, en particular de Centroamérica. Este desplazamiento puso de relieve la necesidad de afrontar estos problemas a escalas regional y subregional, y alentó los llamamientos a ampliar el debate político internacional con objeto de considerar nuevas opciones, en particular la despenalización y el aumento de las actividades innovadoras de prevención y reducción de la demanda en zonas con un alto consumo como Europa y los Estados Unidos.

6. En cuanto a los aspectos económicos, durante el período reseñado, los países aumentaron su participación en la economía mundial y al mismo tiempo siguieron aspirando a modelos de desarrollo adaptados a sus propias necesidades y realidades. Una tendencia particularmente digna de mención fue el progreso continuo hacia la integración a escalas regional y subregional. Los mecanismos ya establecidos, tales como el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), las comunidades Andina y del Caribe, y el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), fueron complementados por nuevas entidades: la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA) y la Alianza del Pacífico (Chile, Colombia, México y Perú). Estas iniciativas no solo ayudaron a ampliar el comercio intrarregional y las exportaciones regionales sino que también incrementaron la cooperación panamericana en diversas esferas: desde el desarrollo de las infraestructuras y la seguridad energética a la armonización de la reglamentación sanitaria y el acceso a los medicamentos esenciales (véase también el capítulo II). Gracias a su afiliación al grupo BRICS, Brasil empezó a explorar oportunidades de cooperación similares con las principales economías emergentes del mundo, al mismo tiempo que otros 12 Estados Miembros de la OPS están participando en reuniones de los países en desarrollo del Grupo de los 20 (G20):

Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

7. A pesar del importante progreso económico y social logrado durante la década, la Región de las Américas no superó su condición de ser la región más desigual del mundo. Según el coeficiente de Gini, la desigualdad en cuanto a ingresos mejoró un escaso 6,5% durante la década (de 0,46 en el 2000 a 0,43 en el 2010). En el 2010, el 20% más rico de la población de la Región percibía el 49,6% de los ingresos totales, mientras que el 20% más pobre ganaba solo el 5,6%.

8. Esta desigualdad fue también evidente en materia de determinantes sociales clave de la salud y el desarrollo, en particular el acceso al agua y el saneamiento, y la exposición a los contaminantes ambientales. Dos ejemplos particularmente notorios de tal desigualdad fueron la epidemia de cólera en Haití y la epidemia de insuficiencia renal en algunos países de Centroamérica, aun sin explicación, que se ha cobrado más de 18 000 vidas durante la década examinada, y ha deparado un alarmante recordatorio de los posibles efectos de los riesgos ambientales sobre los grupos vulnerables, en este caso, familias predominantemente del ámbito rural.

9. Las continuas inequidades y vulnerabilidades de los países y los grupos de población más pobres también se pusieron de manifiesto por la repercusión de numerosos desastres naturales que azotaron a la Región durante la década analizada. Estos desastres comprendieron desde inundaciones y sequías que afectaron a decenas de miles de personas de las zonas rurales de Centroamérica al terremoto de enero del 2010 en Haití, que según cálculos se cobró más de 200 000 vidas. La catastrófica repercusión del terremoto de Haití, de magnitud 7,0, contrastó notablemente con la menor repercusión del terremoto de magnitud 8,8 y el maremoto que azotaron Chile unas pocas semanas después, en parte como consecuencia de la mayor vulnerabilidad del país caribeño.

10. En lo relativo a la salud pública, hubo dos tendencias demográficas y epidemiológicas dominantes que definieron la década: el envejecimiento de la población y la creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles. Entre el 2000 y el 2009, el número de personas mayores de 60 años aumentó de 92 millones a casi 120 millones. Este aumento planteó dificultades especiales a los sistemas de salud, que en la mayor parte de los países han resultado ser insuficientes, tanto económica como institucionalmente, para abordar el rápido incremento de las enfermedades no transmisibles y otros aspectos sanitarios del envejecimiento. Estas tendencias también han aumentado las presiones sobre las familias y en particular sobre las mujeres, que prestan la mayor parte de la atención a los ancianos. Sin embargo, la repercusión ha sido aún mayor en los propios ancianos, muchos de los cuales se ven afectados no solo por los problemas de salud relacionados con la edad sino también por la pobreza y la falta de protección social.

11. Otras tendencias clave que influyeron en el desarrollo sanitario y social fueron la urbanización continua y en gran parte no planificada de la Región, la migración internacional y los desplazamientos internos, así como el cambio climático, todo lo cual incrementó la exposición a riesgos para la salud entre los grupos vulnerables. No obstante, la Región en su conjunto registró avances importantes en el desarrollo humano durante la década. En la siguiente sección se describen algunos de los principales procesos de salud pública que contribuyeron a conseguir estos logros regionales.[1]

Intervenciones y logros en materia de salud pública

12. La Declaración del Milenio del año 2000 y los posteriores Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y sus metas confirmaron un consenso cada vez mayor a escalas mundial y regional de que la salud es un componente esencial del desarrollo económico y social, así como del bienestar humano básico. En la Región de las Américas, este consenso se reflejó en las principales inversiones e iniciativas, y en el progreso significativo hacia las metas de salud pública durante el periodo examinado.

13. A lo largo de la década, el gasto sanitario público total creció de US$ 212 800 millones (en el 2000) a US$ 304 200 millones (en el 2010), un aumento de 43% en dólares constantes (en el mismo período, el gasto sanitario privado descendió 6,7%, de US$ 282 100 millones a US$ 263 100 millones). La mayor parte de este aumento se produjo durante la primera mitad de la década. Del 2000 al 2005, el gasto sanitario público aumentó 8,6% cada año, muy por encima del crecimiento económico, y pasó del 3,1 al 4,0% del PIB. En cambio, durante la segunda mitad de la década, dicho gasto no logró seguir el mismo ritmo que el crecimiento económico y descendió del 4,0 al 3,7% del PIB.

14. El aumento del gasto sanitario en los primeros años se debió en parte al alza de los costos de la atención de salud, pero también fue un reflejo del compromiso renovado de los países de abordar los problemas que las reformas sanitarias de fines de los años ochenta y de los años noventa no habían logrado resolver. Es decir, la fragmentación de los sistemas de salud, la existencia de un gran número de personas sin protección social ni sanitaria, así como los problemas estrechamente relacionados, como la pobreza, la exclusión social y otros determinantes sociales de desigualdad en materia de salud.

15. En el 2006, los Estados Miembros de la OPS empezaron a elaborar un método para acometer estos problemas a escala regional que con el tiempo culminaría en una de las iniciativas regionales de salud pública más importantes de esa década: la Agenda de

[1] En la edición del 2012 del informe quinquenal de la OPS *Salud en las Américas*, publicado simultáneamente con este informe, se presentan más detalles y otros análisis de las tendencias recientes en salud y desarrollo en la Región de las Américas.

Salud para las Américas 2008-2017. Elaborada mediante un proceso de amplia consulta y creación de consenso, la Agenda representa la visión política y estratégica de más alto nivel para la salud en la Región. Tiene por objeto servir de guía a la acción colectiva de todos los interesados directos en el campo de la salud, incluidos los planificadores sanitarios nacionales, los organismos de cooperación técnica y otros asociados de la esfera de la salud en la Región.

16. La elaboración de la Agenda comenzó en marzo del 2006 y fue dirigida por un grupo de trabajo especial constituido por representantes de 10 países (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos, Guyana, Panamá, San Vicente y las Granadinas, y Venezuela [República Bolivariana de]), actuando la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) como secretaría. Durante el proceso de un año de duración, se recibieron las aportaciones de todos los países de la Región, así como de organizaciones de las Naciones Unidas y otros organismos de cooperación técnica, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales. En junio del 2007, se publicó el documento final, antes de la 37.ª Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en Ciudad de Panamá, junto con una declaración firmada por las autoridades sanitarias de todos los Estados Miembros de la OPS.

17. La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 se basa en los principios compartidos de la salud como un derecho humano, la equidad en salud, la cobertura universal, el acceso y la inclusión, la participación social y la solidaridad panamericana. Presenta un análisis de la situación que refleja una visión compartida de los problemas comunes de salud pública que afrontan los países de la Región, y las medidas requeridas para abordarlos. La agenda plantea siete áreas clave para la acción: el fortalecimiento de las autoridades sanitarias nacionales; el abordaje de los determinantes de la salud; el aumento de la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad; la disminución de las desigualdades en materia de salud entre países y dentro de un mismo país; la reducción de riesgos y de la carga de morbilidad; el fortalecimiento de la gestión y el desarrollo del personal sanitario; el aprovechamiento del conocimiento, la ciencia y la tecnología; y el fortalecimiento de la seguridad sanitaria.

18. Uno de los procesos regionales más importantes que ayudó a lograr los avances de la Región hacia los ODM y los objetivos de la Agenda de Salud para las Américas fue la ampliación de la protección social, tanto en materia de salud como en determinantes sociales de la salud tan esenciales como la seguridad de obtener ingresos y el acceso a los servicios esenciales, de acuerdo con la iniciativa de las Naciones Unidas consistente en establecer un nivel mínimo de protección social para todos.

Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud

Uno de los logros más importantes de la promoción de la salud a nivel mundial en la primera década del siglo XXI fue la mayor importancia asignada a nivel político a los determinantes sociales de la salud. En el Informe Final de 2008 de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud: *Subsanar las desigualdades en una generación* se demostró claramente que los determinantes sociales —el lugar donde la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece y su acceso a los servicios de salud— son los principales factores que sustentan las desigualdades en materia de salud entre las personas de todo el mundo.

Para conseguir apoyo para las actividades relacionadas con estos asuntos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, en Río de Janeiro (Brasil) en octubre del 2011. La conferencia fue auspiciada por el Gobierno del Brasil y organizada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), en coordinación estrecha con la OMS y la OPS.

Como preparación para la conferencia, la OPS organizó tres consultas destinadas a formular recomendaciones regionales, que comprendieron una reunión de Estados Miembros, una consulta virtual con 300 organizaciones de la sociedad civil (seguida por una reunión presencial más pequeña para resumir sus resultados), y una consulta virtual con miembros del servidor de listas de la OPS sobre equidad, salud y desarrollo humano con la finalidad de llegar a otros interesados directos. Las recomendaciones emanadas de estas consultas se documentaron y distribuyeron ampliamente.

Uno de eventos destacados de la conferencia mundial, que reunió a más de 1 000 personas, además de 19 000 participantes virtuales, fue la presentación de siete estudios de caso de la Región para ilustrar los aspectos sistemáticos y prácticos de la adopción del enfoque de determinantes sociales de la salud a nivel de país.

La Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud fue ratificada por la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud, junto con las medidas para apoyar sus cinco esferas prioritarias para la acción: gobernanza adecuada para afrontar las causas de las desigualdades en cuestiones de salud, promoción de la participación y del liderazgo comunitarios, función del sector de la salud para reducir las inequidades, cooperación entre los asociados internacionales y los interesados directos, y vigilancia de los progresos.

En junio del 2012, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) reforzó aun más el enfoque de los determinantes sociales de la salud al hacer un llamamiento a favor de “las medidas sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud, tanto para los pobres y vulnerables como para toda la población… para crear sociedades inclusivas, equitativas, económicamente productivas y sanas”.

19. Durante la primera década del siglo XXI, el gasto público promedio en salud de América Latina y el Caribe llegó a un máximo de 4,1% del PIB en el período 2008-2009, y el gasto sanitario de algunos países fue en muchos casos significativamente inferior. En

el Informe sobre la salud en el mundo 2010, *Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, se muestran datos fidedignos de que ningún país con un gasto sanitario público inferior al 5-6% del PIB ha alcanzado la cobertura universal de la atención de salud. No obstante, varios países ampliaron dicha cobertura mediante el aumento de la proporción de la población protegida o del nivel de servicios ofrecidos, mediante la reducción de los costos en efectivo que deben pagar las personas y las familias, o una combinación de los tres.

20. El Sistema Único de Salud de Brasil se creó en 1988 y se amplió para dar cobertura al 80% de la población del país, de casi 200 millones de habitantes, para fines de la década. El plan público voluntario, Seguro Popular, de México, establecido en el 2004, a final de la década pudo llegar hasta 50 millones de personas de 32 estados diferentes, que no estaban protegidas por otras instituciones de seguridad social. El programa de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) de Chile**,** establecido en el 2005, fortaleció el sistema de atención sanitaria universal ya existente en el país mediante la prestación de cobertura garantizada en plazos específicos para 70 problemas de salud que representaban una gran carga. El Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay, creado en el 2007, incrementó la calidad y la sostenibilidad del sistema de atención sanitaria universal del país mediante reformas en el financiamiento, un conjunto garantizado de servicios, y una mejora en la distribución de los beneficiarios entre proveedores privados y públicos, independientemente de su capacidad de pago. En Estados Unidos, la ley de protección del paciente y atención médica asequible aprobada en el 2010 tiene por objeto aumentar de manera progresiva la cobertura del seguro de salud al mismo tiempo que se mejora la prestación de servicios sanitarios y se reducen sus costos; esta ley representa el esfuerzo más importante realizado en ese país desde los años sesenta para reformar el sistema de salud.

21. La cobertura sanitaria también se amplió como parte de un número cada vez mayor de programas específicos para combatir la pobreza que exigían a los beneficiarios que se sometieran a intervenciones de salud como condición para obtener transferencias de dinero en efectivo. Para fines de la década, unos 3,1 millones de familias de Brasil recibían atención de salud y otros beneficios del Programa de Subvención Familiar (*Bolsa Familia*), mientras que unos 5,8 millones de familias se beneficiaban del programa Oportunidades de México**,** y 1,1 millones de personas se beneficiaban de la estrategia Chile Solidario. Otros países, como Colombia, Ecuador y Perú, emprendieron importantes iniciativas para impulsar el debate nacional acerca de la cobertura sanitaria universal.

22. El afán de los gobiernos por cumplir los compromisos de salud y desarrollo social también llevó a aumentar la utilización de la legislación, la autoridad presupuestaria y el derecho constitucional para reformar los sistemas de salud y protección social, y para ampliar la acción gubernamental a esferas relacionadas con los determinantes sociales de

la salud. Siguiendo un proceso que empezó en los años noventa, Bolivia, Ecuador y la República Dominicana figuraban entre los países que habían adoptado nuevas constituciones que garantizaban explícitamente el derecho a la salud, e incluían mandatos de reformas legales que fortalecían la función rectora de las autoridades sanitarias nacionales y mejoraban la participación, la transparencia y la rendición de cuentas en el sector de la salud.

23. Además de estas disposiciones constitucionales, otros países elaboraron nuevos marcos jurídicos para el sector de la salud, incluida la legislación para crear nuevos organismos de reglamentación o consolidar los existentes. Argentina, Guatemala y Panamá figuran entre los países que redactaron nuevas leyes nacionales de salud e iniciaron debates a escala nacional sobre la legislación propuesta, dirigidos por las autoridades sanitarias nacionales y las comisiones de salud del poder legislativo. La legislación propuesta por Panamá tiene por objeto crear un nuevo organismo de reglamentación farmacéutica, mientras que la República Dominicana se propone establecer un nuevo organismo para gestionar los servicios de salud estatales. Paraguay está considerando la propuesta de nuevos reglamentos que guíen la aplicación de su ley de 1996 (N.º 2.319), que establece las funciones y las competencias de las autoridades sanitarias nacionales.

24. En relación con estos acontecimientos, empezaron a aparecer los tratados y otros acuerdos internacionales como instrumentos para la acción colectiva con objeto de proteger la salud de la población frente a las amenazas comunes. El más importante de estos fue el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2003 y que constituye el primer tratado internacional relacionado con la salud. Al 2012, 29 de los 35 países de la Región de las Américas eran Partes en el Convenio, incluidos siete países —Bahamas, Colombia, Costa Rica, Nicaragua, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, y Suriname— que en los cinco últimos años lo habían ratificado.

25. Durante el período del 2008 al 2012, algunos países de la Región avanzaron considerablemente en la ejecución del CMCT. Doce países aprobaron nuevas leyes que prohibían fumar en espacios públicos interiores y en los lugares de trabajo, uniéndose así a Uruguay, que fue el primer país de la Región que implantó esa prohibición en el 2005. En el 2012, Canadá ya ha establecido leyes a escala subnacional que prohíben fumar y protegen eficazmente al 90% de la población. Además, 14 países aprobaron leyes sobre el empaquetado y la rotulación de los productos del tabaco, la mayor parte de las cuales concordaban con las medidas del CMCT sobre el tamaño de las advertencias sanitarias, el uso de advertencias gráficas y la prohibición de utilizar términos engañosos (por ejemplo, cigarrillos suaves). Estas leyes siguieron su curso a pesar de las ofensivas de la industria tabacalera para socavar los avances en el control del tabaco.

26. En el 2011, los Estados Miembros de la OPS/OMS aprobaron medidas similares con respecto al alcohol como parte del *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol* (resolución CD51.R14). Este plan propone determinadas medidas que incluyen el aumento de los impuestos que gravan las bebidas alcohólicas; las restricciones en cuanto a edad, tipos de puntos de venta, y horarios para la venta y la compra de alcohol; y límites en materia de mercadotecnia, en particular la dirigida a los jóvenes. De forma similar a lo que ocurrió con el tabaco, la industria del alcohol respondió de forma activa para evitar la aplicación de estas medidas.

27. Conforme a estas iniciativas y contribuyendo a la ampliación de la cobertura sanitaria, empezó a hacerse cada vez más hincapié en actividades de salud pública basadas en los derechos humanos, la igualdad de género y la diversidad cultural. En los países americanos, estas cuestiones constituyeron el objeto de nuevas leyes, políticas o mecanismos diseñados para proteger y promover la "salud para todos". Particularmente dignas de mención fueron las iniciativas llevadas a cabo entre los diferentes países y dentro de estos para definir las respuestas multisectoriales estatales y de la sociedad civil a las complejas desigualdades y problemas en materia de salud pública, en particular la violencia contra la mujer, el acceso al tratamiento y la atención de las personas infectadas por el VIH, la identidad de género, y los derechos reproductivos y sexuales.

28. Estas iniciativas condujeron a logros tales como las nuevas políticas en materia de igualdad de género en el sector de la salud; las reformas de la salud mental, que incorporaron las medidas de protección de los derechos humanos; la despenalización de los diferentes comportamientos de orientación sexual; la penalización de la violencia contra la mujer; la creación de ministerios interculturales u oficinas de alto nivel dentro de los gobiernos; los compromisos a escala subregional en materia de igualdad étnica y de género en temas de salud; y el establecimiento de grupos técnicos gubernamentales que aboguen por la equidad en materia de salud en los programas regionales, subregionales y nacionales de acción sanitaria. Muchos de estos procesos adoptaron los tratados, las convenciones o las resoluciones universales o regionales, que comprometen a los países a proteger la salud y los derechos humanos.

29. Durante el período examinado, aumentó la determinación de la Región de hacer frente a la epidemia en aumento de enfermedades no transmisibles, y ello se reflejó en varias iniciativas y compromisos a escala regional. Estos iban desde las actividades mencionadas para llevar a la práctica el CMCT hasta las iniciativas de las Primeras Damas encaminadas a luchar contra la obesidad en la niñez —por ejemplo, "Let's Move!" en los Estados Unidos y "Elige vivir sano" en Chile— y leyes y reglamentos acerca de la comercialización de alimentos a los niños y la comida chatarra servida en las escuelas, como en Chile, Costa Rica y México.

30. El Caribe lideró estas iniciativas regionales con la celebración de la primera Cumbre Regional sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Trinidad y Tabago en el 2007. La Declaración final de Puerto España: "Unidos para detener la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles" situó a estas en los primeros puestos del plan de acción sanitaria del Caribe, y estableció el compromiso de adoptar una serie de políticas y medidas basadas en un marco multisectorial de "toda la sociedad". Estas consistieron en iniciativas de educación sanitaria y promoción de la salud, programas ampliados para el tamizaje y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles, incentivos y recursos para mejorar la nutrición e incrementar la actividad física en las escuelas y en otros entornos, la plena aplicación del CMCT, mandatos para la rotulación del contenido nutricional de los alimentos, y políticas agropecuarias y de comercio que promocionaban los productos autóctonos y contrarrestaban los efectos negativos de la globalización en el suministro alimentario.

31. En el 2010, los países del Caribe presentaron una resolución a la Asamblea General de las Naciones Unidas en que solicitaban la celebración de una reunión de alto nivel que concientizara sobre la carga de las enfermedades no transmisibles en todo el mundo y propiciara nuevos compromisos para abordar el problema. La Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles se celebró en Nueva York los días 19 y 20 de septiembre del 2011, y constituyó la segunda reunión de las Naciones Unidas dedicada a la salud, después del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/sida del 2001. La declaración final se hizo eco del convenio de Puerto España, que solicitaba la adopción de políticas y medidas multisectoriales para abordar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo e instaba a la ejecución de las estrategias mundiales de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud, así como a la aplicación acelerada del CMCT.

32. El envejecimiento de la población de la Región y el aumento consecutivo de las enfermedades crónicas no transmisibles han generado nuevos imperativos para los sistemas de salud, pero no han eliminado la necesidad de afrontar otros problemas más persistentes como las enfermedades infecciosas y las relacionadas con la pobreza. En algunos países, como Bolivia**,** Guatemala y Paraguay**,** las enfermedades transmisibles siguen siendo las causas principales de la carga de morbilidad general. Otros países se enfrentan a una carga epidemiológica "doble" (o incluso "triple") en la que las enfermedades infecciosas siguen representando una proporción significativa de la morbilidad y la mortalidad, al tiempo que las enfermedades crónicas aumentan rápidamente y las causas externas, en particular los traumatismos y la violencia, también contribuyen en gran parte a aumentar la carga de morbilidad.

33. Aunque otras regiones en desarrollo afrontan panoramas epidemiológicos similares, América Latina y el Caribe las han superado en un punto clave: la reducción de

la carga de enfermedades prevenibles mediante vacunación. Hasta el 2010, en la Región de las Américas, el promedio de la cobertura básica de vacunación era de más de 92%, en niños menores de un año. Gracias a estas elevadas tasas de cobertura, la Región pudo consolidar logros importantes, tales como la eliminación del sarampión y la rubéola endémicos (ambas en proceso de verificación) y el registro de las tasas más bajas de mortalidad infantil de cualquier región en desarrollo. Además, en casi todos los países el tétanos neonatal ha dejado de ser un problema de salud pública. La excepción fue Haití que hizo historia a comienzos del 2012 con las actividades de inmunización intensificadas que permitieron vacunar a unos 3 millones de niños contra poliomielitis, sarampión y rubéola, con lo cual se logró una cobertura de más de 98% para todos los grupos de edades. La introducción de la vacuna pentavalente en Haití se ha previsto para fines de septiembre del 2012.

34. Además del progreso en el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la Región también avanzó considerablemente en la lucha contra algunas de las denominadas enfermedades desatendidas y enfermedades de la pobreza. Para fines de la década, todos los países de la Región excepto Brasil habían eliminado la lepra a escala nacional (con menos de 1 caso por 10 000 habitantes), y los 21 países en que la enfermedad de Chagas es endémica habían interrumpido la transmisión doméstica por vectores. En el 2007, la Región ya había eliminado la ceguera causada por la oncocercosis, y la transmisión de la enfermedad fue interrumpida o eliminada en diversos focos en Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela. En el 2011, Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tabago habían interrumpido la transmisión de la filariasis linfática. Sin embargo, la enfermedad seguía siendo un problema en Brasil, Guyana, Haití y República Dominicana**.** Otras enfermedades de la pobreza que aún persistían como problemas en la Región eran las geohelmintiasis, el tracoma, la esquistosomiasis, la leptospirosis y la leishmaniasis; esta última fue una de las pocas enfermedades infecciosas cuya frecuencia aumentó durante los años estudiados.

35. La adopción del nuevo Reglamento Sanitario Internacional en el 2005 marcó un hito en materia de salud pública a escala mundial y en la Región de las Américas, y dio lugar a un proceso aún en curso de fortalecimiento de las capacidades de alerta y respuesta epidemiológicas. Los programas de cooperación técnica de la OPS/OMS apoyaron este y otros procesos y logros clave en materia de salud pública durante la década. En el capítulo II se describen los aspectos destacados de este trabajo.

CAPÍTULO II

LA OPS, UN ASOCIADO PARA EL NUEVO SIGLO

36. Los complejos problemas de salud que deben afrontar los países de las Américas al comienzo del nuevo milenio, unidos al entorno en constante cambio de la cooperación internacional para el desarrollo, llevaron a un análisis de amplio alcance de los programas de cooperación técnica de la OPS/OMS, de sus modelos de organización y de gestión y de sus relaciones con los Estados Miembros y otros interesados directos.

37. Parte de este proceso se llevó a cabo mediante un grupo de trabajo especial sobre la OPS en el siglo XXI, constituido por Argentina, Barbados, Costa Rica, Cuba y Perú, con la colaboración de Canadá, los Estados Unidos, Guatemala y Haití. Luego de un proceso de consultas con otros Estados Miembros, el grupo emitió un informe en el que se analizaban las dificultades y las oportunidades que se planteaban a la Organización y se formulaban recomendaciones para sus programas de cooperación técnica y la reforma interna.

38. Las recomendaciones del grupo se incorporaron a una iniciativa muy importante de reorganización que la Gerencia Ejecutiva de la OPS ya había emprendido en el 2003. Los procesos combinados generaron cambios en la estructura del programa de la OPS, la asignación de recursos, la gestión de los recursos humanos y las interacciones con los Estados Miembros y otros asociados.

39. El informe del grupo de trabajo sobre la OPS en el siglo XXI reiteró tres mandatos integrales impuestos a la OPS/OMS por los Estados Miembros al comienzo de la primera década : *a*) apoyar a los países para avanzar hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, mediante su incorporación en los programas, las políticas y las operaciones de cooperación técnica y brindándoles ayuda para integrar estos componentes en las políticas nacionales de salud; *b*) apoyar a los países en la intensificación de sus actividades para garantizar la protección social ampliada en el ámbito de la salud; y *c*) velar por que todos los programas técnicos de la Organización estén fundamentados en los principios de la atención primaria de salud.

40. Además, el grupo de trabajo determinó varias funciones clave para la OPS/OMS en el entorno en constante cambio de la cooperación internacional en materia de salud. Estas funciones abarcaban: *a*) aportar liderazgo, coordinación y orientación técnica para el número cada vez mayor de actores en la esfera de la salud en la Región; *b*) movilizar recursos; *c*) promover las asociaciones y las redes en pro de la salud; *d*) facilitar el intercambio de conocimientos, tecnología y capacidad técnica; *e*) crear sistemas y mecanismos para la rendición de cuentas y la transparencia; y *f*) trabajar para lograr la

coherencia entre las estrategias y las actividades emprendidas a los niveles nacional, regional y mundial.

41. En este capítulo se presentan aspectos destacados de la cooperación técnica de la Organización en estas áreas, haciendo hincapié en los últimos cinco años. En el capítulo III se exponen en detalle los cambios institucionales llevados a cabo en respuesta al informe *La OPS en el siglo XXI* y a otros mandatos de los Estados Miembros.

El cumplimiento de los ODM y la renovación de la atención primaria de salud

42. Según se observó en el capítulo I, en la primera década del siglo XXI la Región de las Américas avanzó notablemente hacia el cumplimiento de los ODM relacionados con la salud y de otra índole, aunque el progreso fue variable entre los países, ya que en todos ellos había comunidades y grupos que no compartían a plenitud los beneficios resultantes.

43. La cooperación técnica de la OPS/OMS había contribuido a avanzar hacia el cumplimiento de los ODM por medio de los programas en curso y de las iniciativas especiales emprendidas para tal fin. Entre ellos se encuentran programas y proyectos para reducir la mortalidad maternoinfantil, mejorar la nutrición, luchar contra la infección por el VIH y otras enfermedades infecciosas, promover el acceso al agua potable y el saneamiento, fortalecer los sistemas de salud y ampliar la protección social en la esfera de la salud.

44. Para impulsar el cumplimiento de los ODM a nivel local, la OPS/OMS creó la iniciativa "Rostros, voces y lugares", que promueve un método integrado y participativo para la salud y el desarrollo en las comunidades vulnerables. La iniciativa funciona por conducto de asociaciones multisectoriales e interinstitucionales cuyo cometido es prestar la cooperación técnica que faculta a las comunidades para abordar los determinantes sociales de la salud. En el 2012, la iniciativa había crecido e incluía más de 50 comunidades en 23 países y cuatro territorios transnacionales.

45. Esta y otras iniciativas de cooperación técnica de la OPS/OMS para apoyar el cumplimiento de los ODM relacionados con la salud se presentan detalladamente en el Informe Anual del Director 2011, *La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: del compromiso a la acción* (CD51/3 [2011]).

46. Una de las iniciativas regionales de salud más importantes del decenio examinado aquí, que ha contribuido en gran medida a impulsar el programa de los ODM, fue el proceso de renovación de la atención primaria de salud, iniciado en el 2003 con motivo del 25.º aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata en 1978. A petición de los Estados Miembros, la Oficina Sanitaria Panamericana organizó una serie de actividades para conmemorar el legado de

dicha conferencia y su llamamiento a lograr la salud para todos. Durante las consultas celebradas a nivel regional, subregional y de país, los Estados Miembros examinaron las experiencias relacionadas con la adopción de la estrategia de atención primaria de salud en el transcurso de los 25 años anteriores y analizaron su pertinencia para lograr que los actuales sistemas de salud sean más eficientes, eficaces y equitativos. Estas actividades culminaron con la publicación, en el 2007, de *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*, un documento de posición de la OPS en el que se exponen las líneas estratégicas de acción para el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la estrategia mencionada.

47. Esta visión renovada de la atención primaria de salud fue ratificada por la conferencia internacional celebrada en el 2007, "Buenos Aires 30/15: de Alma-Ata a la Declaración del Milenio", se incorporó en la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017 y fue reforzada a nivel mundial en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008 La atención primaria de salud: más necesaria que nunca.*

48. La estrategia de atención primaria de salud guió el trabajo de la OPS/OMS en el Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud durante gran parte del decenio. Con el nombre recién cambiado a Área de Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud (HSS), junto con otras dos áreas de la Organización, prestó cooperación técnica encaminada a que dichos sistemas sean más eficientes, equitativos, incluyentes y eficaces. Las áreas programáticas fundamentales incluyeron redes integradas de prestación de servicios de salud, recursos humanos para la salud, calidad y aceptabilidad de la atención, acceso a medicamentos y tecnologías de la salud, igualdad de género y multiculturalidad, formulación de políticas e investigación. Algunos de los ejemplos de este trabajo son:

a) Consultas nacionales organizadas en 10 países —Argentina, Belice, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Trinidad y Tabago, y Uruguay— sobre las redes integradas de prestación de servicios de salud como una estrategia para aumentar la eficiencia y la calidad en los sistemas de salud fragmentados. Entre los participantes se encontraban representantes de ministerios de salud, institutos de seguridad social, aseguradores y proveedores de servicios de salud privados, la comunidad académica, organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales.

b) Actividades encaminadas a fortalecer la organización y la gestión de los servicios médicos de urgencia por medio del examen de la legislación vigente, la publicación de un manual sobre el triaje en las salas de urgencias y la elaboración de un análisis de la situación regional de estos servicios haciendo hincapié en la atención prehospitalaria. Hasta la fecha, ya se han terminado los estudios de casos en 14 países: Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras,

Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

c) Apoyo a la formulación, revisión y ejecución de políticas farmacéuticas en 12 países: Barbados, Belice, Colombia, Ecuador, El Salvador, Haití, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Santa Lucía, Suriname y Uruguay.

d) Fortalecimiento de los organismos nacionales de reglamentación de medicamentos por conducto de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF), creada conjuntamente con los organismos nacionales de toda la Región para impulsar la armonización de los reglamentos sobre los productos farmacéuticos.

e) Apoyo para las evaluaciones nacionales de los servicios de radioterapia en 11 países, a saber: Bahamas, Costa Rica, El Salvador, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Suriname, y Trinidad y Tabago; y de los servicios de diagnóstico por imágenes en Guyana, Suriname y Trinidad y Tabago.

f) Evaluación y planes de mejoramiento de la reglamentación de la seguridad radiológica en Argentina, Colombia, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Panamá y Paraguay, y un plan de acción para los países miembros de la Comunidad del Caribe (CARICOM).

g) Apoyo para las evaluaciones nacionales de los sistemas de salud mental en 32 países de América Latina y el Caribe utilizando el instrumento de la OMS denominado WHO-AIMS, a fin de suministrar datos fidedignos para la elaboración de los planes nacionales de salud.

h) Colaboración en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe para la formulación y difusión de las políticas nacionales sobre investigaciones en pro de la salud.

i) Formulación de planes detallados de colaboración para 10 países —Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Suriname— con la finalidad de incorporar la perspectiva de género en el sector de la salud.

j) Apoyo para seis países —Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela— a fin de crear comisiones nacionales para abordar las necesidades especiales de salud de los afrodescendientes.

k) Impulso para el establecimiento de un grupo de trabajo del Caribe acerca del acceso de grupos clave, en especial trabajadores del sexo, hombres que tienen relaciones homosexuales y personas transgénero, a servicios de calidad para la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH.

49. Además de estas iniciativas destinadas al fortalecimiento de los sistemas de salud, la OPS/OMS también llevó a cabo varias actividades para fortalecer el enfoque mismo de la atención primaria de salud. Entre estas se encontraban una asociación con la Universidad de Nueva York con la finalidad de recabar datos de referencia para vigilar el progreso de la atención primaria de salud en países de América Latina y el Caribe, así como una asociación con la Universidad Johns Hopkins para elaborar un marco analítico y un método para medir el desempeño del sistema de salud desde la perspectiva de la atención primaria de salud. En el Informe Anual del Director 2009 *Hacia la salud para todos: avances en torno a la atención primaria de salud en las Américas,* se presentan otros detalles sobre las actividades de la OPS/OMS en esta esfera.

50. Como se observó en el capítulo I, entre los logros sanitarios más significativos de la Región en la primera década del siglo XXI sobresale el progreso hacia el acceso universal a la atención de salud, una meta fundamental del concepto de atención primaria de salud. La ampliación del acceso ha exigido a los países encontrar métodos innovadores de financiamiento y administración de sus sistemas de salud para aumentar la eficiencia y la sostenibilidad. Argentina, Bolivia y Colombia se encuentran entre varios de los países que han mejorado la administración y la capacitación de los recursos humanos para conseguir que la distribución, la composición y las aptitudes del personal sanitario estén acordes con las necesidades prioritarias en esta esfera. Otros países han aumentado la sostenibilidad y la eficiencia mediante la descentralización, como en el Sistema Único de Salud de Brasil, que es administrado y financiado parcialmente por los gobiernos de los estados y los municipios. Hay países, como México, que se han centrado en el desarrollo de redes integradas de prestación de servicios de salud para mejorar tanto la eficiencia como la calidad de los servicios. La OPS/OMS ha apoyado y promovido estos enfoques a nivel tanto regional como nacional.

51. La Organización también colaboró estrechamente con los ministerios de salud para que estos mejorasen su capacidad de producir y analizar información destinada a la planificación, la economía y el financiamiento de los sistemas de salud y aumentar tanto la eficiencia como la equidad en la asignación y el uso de los recursos disponibles.

52. Por medio de un método elaborado por la OPS/OMS, siete países —Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Jamaica, México y Perú— finalizaron una primera serie de estudios sobre la evolución de la igualdad en la utilización de los servicios de salud, a lo largo de los últimos 10 a 15 años. Los resultados mostraron reducciones de la desigualdad en cuatro de los países, en dos de ellos no hubo ningún cambio y en uno aumentó la desigualdad.

53. Mediante una iniciativa con la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se procura armonizar los datos del gasto sanitario en los países andinos. La OPS/OMS también ha empezado a elaborar un nuevo marco de trabajo común para el análisis de las repercusiones

económicas de la carga en constante aumento de las enfermedades no transmisibles en la Región, para brindar apoyo a la formulación de políticas en un entorno de actividades multisectoriales.

54. La Iniciativa ProVac de la OPS/OMS, apoyada por la Fundación Bill y Melinda Gates, ayudó a los países a recabar y analizar datos de investigación para la toma de decisiones acerca de la introducción de las vacunas nuevas, además de dar orientación para planificar una introducción eficaz y sostenible en sus planes nacionales de inmunización.

55. En contraste con decenios anteriores, cuando los países de menores ingresos de la Región se encontraban muy a la zaga con respecto a Estados Unidos y Canadá en la introducción de las vacunas nuevas, 24 países y territorios de América Latina y el Caribe introdujeron la nueva vacuna antineumocócica conjugada y 16 introdujeron la vacuna antirrotavírica entre el 2002 y el 2012. Varios países también lograron aumentar la administración de la vacuna antigripal estacional y muchos, con el apoyo técnico y de compras de la OPS por conducto del Fondo Rotatorio, introdujeron la vacuna contra la gripe pandémica por H1N1 del 2009, a pesar de considerables dificultades reglamentarias, logísticas y de relaciones públicas.

La Semana de Vacunación en las Américas cumple 10 años

Un hito regional muy importante fue la celebración, en el 2012, del 10.º aniversario de la Semana de Vacunación en las Américas, la mayor iniciativa de salud de la Región. Se calcula que en sus diez años de existencia ha atendido a unos 400 millones de personas en 45 países y territorios. En el 2012, fueron vacunados 44 millones de hombres, mujeres y niños. Debido en gran parte al interés generado por la Semana de Vacunación y a la amplia labor de extensión que llevan a cabo sus promotores, otras regiones de la OMS empezaron a organizar sus propias semanas de vacunación durante el decenio. La culminación de todos estos esfuerzos —y la realización de un sueño mundial en la esfera de la salud— fue la participación de más de 180 países y territorios de las seis regiones de la OMS en la primera Semana Mundial de la Inmunización, en el 2012.

56. El Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico de la OPS han desempeñado una función clave en las actividades para mejorar la eficiencia en los sistemas de salud, al comprar vacunas, medicamentos y otros suministros de salud pública a precios más bajos que los del mercado mediante compras en grandes cantidades, pero también por la vinculación de su adquisición a los procesos técnicos de planificación y programación. Los gastos anuales en nombre de los Estados Miembros de la OPS efectuados por el Fondo Rotatorio aumentaron de US$ 105,3 millones en el 2000 a US$ 505,3 millones en el 2011, y los del Fondo Estratégico pasaron de US$ 3,5 millones en el 2004 (sus primeros años de pleno funcionamiento) a US$ 49,7 millones en el 2011. En el Fondo Estratégico participan más de 24 países y, desde el 2008, los Estados Miembros lo han

utilizado para triplicar la cantidad de medicamentos utilizados para el tratamiento de la enfermedad de Chagas, además de que contribuye a bajar los precios de los medicamentos para tratar la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

Programa de Líderes en Salud Internacional

En el 2008, como parte de las iniciativas destinadas a fortalecer los recursos humanos para la salud, la OPS/OMS lanzó una versión nueva y descentralizada de su programa de capacitación para profesionales de salud internacional, establecido originalmente en 1985. El nuevo Programa de Líderes en Salud Internacional (PLSI) Edmundo Granda Ugalde está dirigido a gerentes y directores de nivel medio y alto encargados de la toma de decisiones en los ministerios de salud, fomento, finanzas, relaciones exteriores y otros, así como a miembros de la comunidad académica, las organizaciones no gubernamentales, las representaciones de la OPS/OMS y otros organismos internacionales. Cada curso de nueve meses incluye una serie de experiencias de aprendizaje virtual basadas en la solución de problemas a través del Campus Virtual de Salud Pública. Además, los participantes se integran a equipos intersectoriales de un país determinado que elaboran y ejecutan proyectos basados en las necesidades y las prioridades del país, en cooperación con las representaciones de la OPS/OMS, autoridades nacionales y otros asociados nacionales e internacionales. Desde su inauguración en el 2008, más de 200 profesionales de 32 países se han beneficiado de esta nueva versión del programa, han participado en más de 90 proyectos en los países y, en algunos casos, han contribuido a la transformación de los modelos de cooperación técnica de la OPS/OMS.

Lucha contra las enfermedades crónicas

57. En la primera década del siglo, las enfermedades crónicas no transmisibles pasaron a ser la principal causa de muerte y enfermedad en casi todos los Estados Miembros de la OPS/OMS. La Organización apoyó las actividades para hacer frente a la epidemia a nivel regional, subregional y de país mediante la promoción de la causa y la formulación de políticas, la vigilancia, la promoción de la salud y la prevención y la atención integrada de las enfermedades.

58. Sirvieron de orientación para este trabajo la *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud*, así como estrategias específicas sobre diabetes y obesidad, cáncer cervicouterino y nutrición en el desarrollo. A lo largo del decenio, los países progresaron considerablemente en la aplicación de estas estrategias y otras iniciativas enfocadas a estas enfermedades.

59. En Argentina, la Organización brindó apoyo a la creación del nuevo Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles; el Instituto Nacional del Cáncer; un programa nuevo para la prevención y

control del cáncer cervicouterino; y la realización de mejoras en los sistemas de información relacionados con el cáncer. También apoyó las iniciativas para reducir la sal en los alimentos, aumentar el consumo de frutas y verduras, eliminar las grasas trans de los alimentos procesados industrialmente y promover la legislación sobre el control del tabaco.

60. En Aruba, la OPS/OMS se asoció con el Ministerio de Salud para organizar la primera y segunda conferencias panamericanas sobre obesidad (PACO) en el 2011 y el 2012, en las que participaron ministros de salud, educación, agricultura y ganadería, desarrollo, transporte y otros, además de representantes de los gobiernos locales y la sociedad civil, para examinar las causas de la obesidad y promover medidas multisectoriales para prevenir y controlar el problema.

61. En Belice, la OPS/OMS se asoció con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP); y el Centro de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) para brindar apoyo a la formulación de directrices alimentarias basadas en los alimentos, conocidas como la Canasta Familiar de Belice. Este método transforma la información científica sobre las necesidades nutricionales y la composición de los alimentos en directrices que se comprenden fácilmente para alentar el consumo de alimentos saludables y promover la prevención. La Canasta Familiar nueva fue lanzada en el 2012 por los ministerios de salud, educación y agricultura.

62. En Brasil, la Organización apoyó las actividades del Programa Nacional de Control del Tabaquismo para llevar a la práctica las disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Entre ellas se encontraban la aprobación de una ley sobre espacios públicos sin humo de tabaco, nuevas restricciones a la publicidad del tabaco, requisitos de las advertencias sanitarias en los paquetes y nuevos impuestos a los productos de tabaco. La Family Bloomberg Foundation apoyó estas actividades, así como otras similares en México como parte de la Iniciativa Mundial Bloomberg.

63. En Colombia, la OPS/OMS se asoció con el Ministerio de Salud y Protección Social para fortalecer la aplicación de las leyes de control del tabaco, establecer normas de alimentación saludable en las escuelas y ejecutar un proyecto piloto para designar al ministerio y a la representación de la OPS/OMS como "lugares de trabajo saludables".

64. En diciembre del 2009, la Organización celebró el Foro de Asociados especial contra las enfermedades no transmisibles,[2] al que asistieron representantes de

[2] Los miembros y asociados comprenden el Foro Económico Mundial, el Foro Internacional de Líderes Empresariales, la Fundación Interamericana del Corazón, la filial latinoamericana de Consumers International, 5-a-Day, la Coalición Caribe Saludable, McGill University, la Fundación Mundial de la Diabetes, el Organismo de Salud Pública del Canadá, los Centros para el Control y la Prevención de

organizaciones de la sociedad civil, de gobiernos miembros y del sector privado. La iniciativa volvió a lanzarse en el 2012 con el nombre de Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles y agrupa a profesionales sanitarios que son miembros de la red Conjunto de Acciones para la Reducción y Manejo de Enfermedades No Transmisibles (CARMEN), así como a representantes de instituciones académicas y del sector privado, con la meta de fomentar la colaboración estratégica intersectorial y la innovación para formular políticas y realizar campañas destinadas a la prevención y control de las enfermedades crónicas.

65. En septiembre del 2011, en vísperas de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en Nueva York, una alianza con el Foro Económico Mundial permitió celebrar allí la primera Semana del Bienestar inspirada en el Día del Bienestar en el Caribe (que se celebra todos los años el 13 de septiembre en el Caribe). Mediante dicha actividad se trató de concientizar sobre la importancia de los entornos saludables para reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y promover la prevención. Otros asociados neoyorquinos fueron la Cámara de Comercio de la zona metropolitana de Harlem, la Academia de Medicina de Nueva York y la Universidad de la Ciudad de Nueva York (City College of New York). La semana también se celebró en otros países, como Argentina, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Perú y España.

Los países prioritarios de la OPS

66. En los planes estratégicos de la OPS correspondientes a 2003-2007 y 2008-2012, se eligieron cinco Estados Miembros —Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua— como "países clave" que afrontaban graves dificultades en materia de salud y equidad y, por lo tanto, merecían una consideración especial en los programas de cooperación técnica y la movilización de recursos. Los cinco países han recibido asignaciones más altas del presupuesto de la OPS, y se les ha concedido prioridad en las principales subvenciones y proyectos que abordan sus respectivas necesidades en materia de salud. Cuatro de los cinco países se encontraban entre los primeros en contar con una estrategia de cooperación en los países, una herramienta de la política de cooperación centrada en los países de la OPS que busca fortalecer las relaciones con el ministerio nacional de salud, alinear las prioridades de cooperación técnica con las necesidades nacionales y coordinar esfuerzos con otros asociados para el desarrollo que trabajan en estos países. (En el caso de Haití, las condiciones políticas y de emergencia hicieron necesario adoptar un marco de cooperación provisional en vez de la estrategia de cooperación en los países, más completa.)

Enfermedades (CDC), Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Kraft Foods, Unilever, Nestlé, Pepsi-Cola, Grupo Bimbo, Coca-Cola, Pfizer, GSK, Merck, Medtronic, Sanofi, y Johnson & Johnson.

Algunos de los aspectos más destacados de la cooperación técnica y de los logros de la OPS/OMS en los cinco países clave son:

En Bolivia:

a) Apoyo para la redacción de una nueva ley que establece el Sistema Único de Salud y el nuevo modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que incorpora las perspectivas de género, grupo étnico y derechos humanos.

b) Establecimiento de medidas de protección para los grupos vulnerables como las mujeres en edad fecunda, mediante el Seguro Universal Maternoinfantil (SUMI), y los adultos mayores, a través del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM); ambas medidas se están adaptando para incluirlas en el Sistema Único de Salud, cuya meta final es la cobertura universal.

c) Adopción de modelos de vigilancia comunitaria en zonas urbanas y rurales para reducir la mortalidad materna, haciendo hincapié en la participación y el empoderamiento comunitarios como parte del modelo SAFCI. Además, fortalecimiento de los registros y el sistema de información sobre salud materna y perinatal, que abarca la utilización por el Ministerio de Salud y Deportes de programas informáticos de localización geográfica y bases de datos a fin de analizar la funcionalidad de las redes de servicios de salud y contar con datos fiables que justifiquen los cambios y los ajustes.

d) Formulación y ejecución de una nueva política nacional de recursos humanos para la salud, fortalecimiento del sistema de información sobre estos recursos, y capacitación sobre la administración y uso del modelo SAFCI.

e) Consolidación de un sistema unificado de compras y suministros de medicamentos y otros insumos médicos, basado en la información actualizada de 81% de los sistemas de atención de salud pública. Adopción de una estrategia sobre el uso racional de los medicamentos, con medidas para promover la eficiencia, la transparencia y la rendición de cuentas.

f) Introducción de vacunas nuevas ―contra rotavirus (en asociación con la Alianza GAVI), gripe estacional, y virus gripal HIN1, así como refuerzos de la vacuna DPT y la antipoliomielítica― en el Programa Nacional de Inmunizaciones; adopción de diversas estrategias para mantener las tasas de cobertura de vacunación; y avance hacia la certificación de Bolivia como país exento de sarampión y rubéola.

g) Campañas masivas de desparasitación en zonas endémicas de La Paz, para casi 400 000 habitantes.

h) Formulación del primer plan nacional sobre enfermedades no transmisibles e integración de sus variables en el sistema nacional de información sanitaria.

En Guyana:

a) Capacitación en servicio para el personal sanitario que trabaja en urgencias obstétricas y neonatales, en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

b) Formulación de un plan estratégico para el sector del saneamiento.

c) Reducción de la prevalencia de la infección de adultos por el VIH en el transcurso de los últimos cinco años.

d) Fortalecimiento de la atención primaria de salud por medio del programa de Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos (AIEA), adscrito al Programa de Control de Enfermedades del Ministerio de Salud. Este programa recibió un reconocimiento cuando Guyana ganó el premio Sergio Arouca, en el 2011.

e) Reducción del 50% de los casos de malaria entre el 2000 y el 2009 como resultado de varias iniciativas, entre otras, la descentralización y la integración del Sistema de Información sobre Malaria en los servicios de atención primaria de salud (con el apoyo de la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía, la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos, y la OPS) y la adopción de una estrategia integrada de control de vectores, lo que comprende el establecimiento de una red especial para este fin.

f) Implantación de un sistema de monitoreo de pacientes para la atención y el tratamiento de la infección por el VIH, que según se ha comprobado es una de las mejores prácticas.

g) Introducción de las vacunas contra los rotavirus y los neumococos (en asociación con la Alianza GAVI).

En Haití:

(a) Capacitación en manejo de casos y fortalecimiento de la vigilancia durante el brote de cólera.

(b) Establecimiento y ampliación de los servicios de atención obstétrica gratuita y de atención infantil gratuita, que ofrece acceso a los servicios de salud para los menores de 5 años.

(c) Implantación del Primer Sistema de Información Perinatal en tiempo real, que facilitará la toma de decisiones basada en pruebas científicas.

(d) Reanudación del programa nacional de inmunización infantil mediante la formulación del Plan Estratégico del Programa Ampliado de Inmunización para el

período 2010-2015. (Esto se sumó a la campaña de vacunación luego del terremoto llevada a cabo en los departamentos y municipios más afectados).

(e) Elaboración de un protocolo nacional para el tratamiento de la desnutrición aguda y su adaptación a la situación luego del desastre.

En Honduras:

a) Apoyo a una estrategia para acelerar las reducciones de la mortalidad materna y en la niñez, lo que incluye la institucionalización del Sistema de Información Perinatal.

b) Introducción de nuevas vacunas contra los rotavirus y los neumococos (en asociación con la Alianza GAVI).

c) Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de una base de datos (SISLOC), lo que ha mejorado considerablemente la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

d) El plan estratégico nacional para la prevención y el control del cáncer para 2009-2013.

e) El plan estratégico para la prevención, atención, control y eliminación de las enfermedades desatendidas para 2012-2015.

f) Una evaluación en todo el país que certificó la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por *Rhodnius prolixus*.

g) Elaboración de un modelo de intervención antimalárica integral en el municipio de Wampusirpi. El proyecto fue seleccionado como uno de los Campeones de la Malaria de las Américas, en el 2011.

h) Avances en el abordaje de los determinantes de la salud, mediante formulación de políticas sobre agua potable, saneamiento y eliminación de residuos, además del fortalecimiento de los marcos jurídicos institucionales que facilitan la intervención oportuna.

i) Como parte de la iniciativa Rostros, Voces y Lugares, fortalecimiento de los servicios de salud para adolescentes y mejoramiento de la calidad del agua y la eliminación de residuos para la población misquito en el departamento Gracias a Dios.

j) Con el apoyo de la Secretaría de Estado para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y de los Afrohondureños, capacitación de asistentes de enfermería seleccionados por las comunidades.

En Nicaragua:

a) Una reducción del 26% en la mortalidad materna entre el 2006 y el 2010, al pasar de 90 a 67 defunciones por 100 000 nacidos vivos.

b) Disminuciones anuales de 6% en la mortalidad de menores de 5 años en los últimos años, con lo cual el país está en camino de alcanzar su meta de 24 por 1 000 nacidos vivos en el 2015.

c) Introducción de las vacunas antirrotavírica en el 2006 y antineumocócica en el 2011 (en asociación con GAVI).

d) Aumento del porcentaje de municipios con una cobertura de vacunación superior al 95%, que pasó de 16% en el 2006 a 58% en el 2011.

e) Disminución de la prevalencia de la transmisión de la madre al hijo de la infección por el VIH y la sífilis.

f) Acceso universal garantizado a servicios de salud gratuitos y de calidad dentro del marco el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), que fomenta una cultura nacional de promoción y protección de la salud basada en la renovación de la atención primaria.

g) Acceso mejorado a los medicamentos, prestando atención especial a la calidad y el uso racional, eficaz y seguro, por medio de la ejecución del Plan Estratégico Nacional de Promoción del Uso Racional de Medicamentos (PENPURM).

h) Logro del 100% de donaciones voluntarias de sangre para el suministro nacional.

i) Progresos en el control de la malaria que le valieron el reconocimiento como uno de los Campeones de la Malaria de las Américas en el 2011 y que han hecho que Nicaragua avance a la fase de preeliminación.

j) Certificación internacional del país por haber interrumpido la transmisión de la enfermedad de Chagas.

Alianzas en pro de la salud

67. Dado el número creciente de actores en la esfera de la salud en la Región durante el último decenio, un centro de interés pertinente para la OPS/OMS era el de ampliar sus alianzas y redes políticas, técnicas y de movilización de recursos. Los asociados bilaterales, entre otros, Canadá (CIDA), España (AECID), Estados Unidos (USAID), Noruega (NORAD) y Suecia (ASDI) siguieron apoyando los programas de cooperación técnica de la Organización mediante acuerdos de varios años. Además, Canadá, Francia y España aumentaron el personal técnico de la Organización asignando a sus propios expertos para trabajar en comisión de servicio en la sede de la OPS/OMS en Washington, D.C., o en algunas de las representaciones en los países.

68. La OPS/OMS fue el organismo ejecutor de los proyectos en América Latina y el Caribe apoyados por el Fondo para el logro de los ODM (España), el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana (Japón), el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para Eliminar la Violencia contra la Mujer (donante múltiple), y el Programa Conjunto de Desarrollo Rural en Guatemala (Suecia). La OPS también apoyó a las autoridades sanitarias y a las ONG para elaborar y ejecutar proyectos que se presentaron al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

69. Entre las iniciativas resultantes de estas asociaciones se encontraban varios proyectos para mejorar el abastecimiento de agua potable, el saneamiento y la vivienda en Ecuador, El Salvador, Nicaragua, y la región del Chaco de Paraguay, financiados por conducto del Fondo para el logro de los ODM y ejecutados conjuntamente con otros organismos de las Naciones Unidas. Los proyectos conjuntos en Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Paraguay se centraron en la prevención de la violencia, en particular de la violencia intrafamiliar y de género, y en la mejora del tratamiento de las víctimas por los servicios de salud y los organismos de aplicación de la ley.

Alianzas en pro de la salud sexual y reproductiva

Un ámbito fundamental de la colaboración de la OPS/OMS con otros asociados internacionales durante el período examinado fue la promoción de un enfoque integral a la salud sexual y reproductiva que abarcó el acceso a los métodos anticonceptivos, atención obstétrica mejorada y atención a los grupos vulnerables como adolescentes, trabajadores del sexo y personas infectadas con el VIH. Entre las muchas actividades y alianzas en este ámbito se encuentran:

- Apoyo al Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (CD51.R12 [2011]), que se está llevando a la práctica en todos los países de América Latina y el Caribe y hace hincapié en la prevención de los embarazos de adolescentes, la atención perinatal de calidad, y en un enfoque basado en los derechos humanos y la equidad para el acceso a servicios integrales. El Plan cuenta con el apoyo del Grupo de Trabajo Regional (GTR) para la Reducción de la Mortalidad Materna, formado por varios asociados.[3]
- Participación en el grupo de trabajo del Grupo de Desarrollo de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (UNDG-LAC) y la Comisión sobre la Información y Rendición de cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, que se propone optimizar el impacto de los recursos para la salud maternoinfantil. La OPS ejerce la secretaría técnica del grupo.
- Apoyo para las actividades de eliminación de la transmisión del VIH de la madre al hijo y de la sífilis congénita en la Región de las Américas, la primera región de la OMS

[3] Entre los miembros se encuentran la OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, USAID, el Banco Mundial, el BID, el Consejo de Población, Family Care International (FCI), la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), la Federación Panamericana de Profesionales de la Enfermería (FEPPEN), y la Confederación Internacional de Matronas (ICM).

que se ha fijado la meta de la doble eliminación. Con el apoyo de la OPS/OMS, el UNICEF y otros asociados, 32 países están ejecutando planes de acción y la Región ha alcanzado el nivel más alto de cobertura de los servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo, en comparación con cualquier otra región del mundo en desarrollo.

- Un estudio de la salud sexual y reproductiva y de la infección por el VIH entre jóvenes indígenas de Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú, con apoyo de España y Noruega.
- Capacitación en materia de prevención y atención de trabajadoras del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones homosexuales, y personas transgénero dedicada a educadores de compañeros de Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay, en colaboración con la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) y la USAID (AIDStar One).
- Apoyo técnico y financiero para el nuevo Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Argentina, con el UNICEF, el UNFPA, la Academia Nacional de Medicina (Argentina), el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y el Centro Rosarino de Estudios Perinatales (Centro Colaborador de la OPS/OMS).

70. Otras alianzas con organismos hermanos de las Naciones Unidas, asociaciones profesionales internacionales, organizaciones religiosas y otras organizaciones de la sociedad civil fueron esenciales para la labor de la OPS/OMS y para los logros de salud pública de la Región durante el decenio. Cabe mencionar el GTR, la Alianza de Salud Neonatal para América Latina y el Caribe,[4] la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo[5] y la Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo (PAND).[6] Algunas organizaciones con las cuales la OPS trabajó estrechamente son la Alianza GAVI, el Instituto de Vacunas Sabin, el Club Rotario Internacional y la Fundación Rotaria, la Fundación de las Naciones Unidas, el Consejo de las Américas, Save the Children, Enfants du Monde, el Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM), la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, la Conferencia General de Adventistas del Séptimo Día, Brothers of Charity, Partners in Health, RAD-AID International, y las organizaciones de la Cruz Roja Americana, canadiense y la internacional, entre otras.

71. En el sector privado, la OPS colaboró con diversos programas y organizaciones, entre los que se encuentran el Foro Mundial de Líderes Empresariales (IBLF), el Global Business Forum (GBF), el programa Global Health Fellows de Pfizer, el GSK Pulse Program, la Alianza por la Salud Bucal (con Colgate), y la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (FIIM).

[4] Los miembros comprenden la OPS/OMS, el UNICEF, USAID, ACCES, BASICS, CORE Group, Plan USA, University Research Co./Center for Human Services (URC/CHS), Save the Children/Saving Newborn Lives, Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), ICM y FLASOG.

[5] Algunos de los miembros son el GTR, la OEA y la Fundación Caixa de España.

[6] Algunos de los miembros son OPS/OMS, PNUD, UNICEF, CEPAL, UNFPA, OIT, PMA, UNDOC, ONUSIDA, ONU-MUJERES, y UNOPS.

72. En su calidad de miembro del sistema interamericano, la OPS/OMS abogó por las cuestiones de salud pública en la agenda política regional mediante su participación en el Grupo de Trabajo de Cumbres de las Américas, las reuniones del Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres (GRIC) y las sesiones informativas para el Consejo Permanente de dicha organización. Junto con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización también participó en el Grupo de amigos de Haití, encabezado por la OEA, un foro para el intercambio de información y coordinación del apoyo político y técnico por países y organizaciones que colaboran con ese país.

73. La OPS/OMS también participó con otros organismos del sistema en las actividades de reforma de las Naciones Unidas de por conducto de los equipos de las Naciones Unidas en los países) y del sistema de evaluación común para los países y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo, y a través de su afiliación al Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, de la Región de América Latina y el Caribe.

74. A nivel subregional, la Organización siguió relacionándose con organismos regionales de integración tradicionales al tiempo que colaboró con nuevas entidades. Estas alianzas condujeron a varias nuevas iniciativas subsidiarias regionales de salud. En América del Sur y la región andina, la colaboración de la OPS facilitó la cooperación entre países en la vigilancia de la infección por el VIH en las zonas fronterizas de los países del MERCOSUR; un marco colectivo para evaluar las tecnologías sanitarias; el desarrollo de servicios farmacéuticos en los países de la Comunidad Andina; un plan quinquenal integral de trabajo para promover el acceso a los medicamentos dentro de la UNASUR; y la creación de la Red andina de Observatorios de Recursos Humanos de Salud. Además, la OPS colaboró con la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) para impulsar las metas relacionadas con la salud en su programa estratégico.

75. En Centroamérica y la República Dominicana, la coordinación de la OPS condujo a la formulación de un plan estratégico subregional para reducir la transmisión vertical de la infección por el VIH y la sífilis congénita, a la firma de acuerdos con el Consejo de Ministros de Salud COMISCA) y el Consejo de Ministros de Asuntos de las Mujeres (COMMCA) acerca de actividades multisectoriales relacionadas con la salud, compras compartidas de vacunas y otros medicamentos y la formación de subcomisiones técnicas regionales sobre medicamentos esenciales, recursos humanos para la salud, enfermedades no transmisibles, vigilancia sanitaria y sistemas de información.

76. En el Caribe, la OPS/OMS colaboró con el nuevo organismo de salud pública (CARPHA) y con el Consejo de Desarrollo Humano y Social (COHSOD) de la CARICOM, en las esferas de enfermedades crónicas, promoción de la salud, salud de los

adolescentes y prevención de la delincuencia, entre otras. Esto incluyó apoyo para la integración de la nutrición y la salud en las políticas agropecuarias y de inocuidad de los alimentos, en seguimiento a la Declaración de Puerto España y la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles. Otras actividades contribuyeron a mejorar la vigilancia, a fortalecer los laboratorios (en especial el uso de la reacción en cadena de la polimerasa) y la creación de un marco nuevo para la acreditación de los laboratorios por el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

77. Estas actividades subregionales fueron apoyadas mediante una asignación especial en el Presupuesto por Programas de la Organización; lo mismo se hizo para apoyar el trabajo del Centro de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y de la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe (CPC).

78. En junio del 2012, la OPS/OMS presentó la Coalición Regional sobre Agua y Saneamiento para Eliminar el Cólera de la Isla La Española**,** que procura movilizar recursos financieros, conocimientos técnicos especializados y el compromiso político de velar por que se hagan las inversiones necesarias en la infraestructura de agua y saneamiento a fin de eliminar el cólera de Haití y la República Dominicana. Además de la OPS/OMS, los miembros fundadores de la coalición son la OEA, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, el UNICEF, la AECID, la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), el BID, la Fundación Nacional de Salud de Brasil (FUNASA), la USAID y la Asociación de Médicos Haitianos en el Extranjero.

79. Todas estas actividades se sumaron a la colaboración constante de la OPS/OMS en los países con organizaciones profesionales, académicas, de beneficencia, religiosas y otras agrupaciones de la sociedad civil y a su función de coordinación con las autoridades nacionales, departamentales y locales de diversos sectores, entre otros, los de salud, educación, agricultura y ganadería, desarrollo, medio ambiente y asuntos de la mujer y de los pueblos indígenas.

Promoción de redes de salud pública

80. En su calidad de catalizador de la colaboración regional y subregional en la esfera de la salud pública, la OPS/OMS contribuyó a establecer o ampliar redes que vinculan a las personas y a las instituciones para intercambiar conocimientos y aumentar el acceso a experiencia y conocimientos técnicos, recursos y actividades para el logro de metas comunes. Algunas de estas redes patrocinan reuniones o seminarios periódicos para sus miembros, mientras que otras son redes virtuales que aprovechan las oportunidades que brinda el acceso cada vez más fácil a la internet y a otras tecnologías de la información en toda la Región. He aquí algunos ejemplos de estas redes físicas y virtuales:

a) La Red Colaborativa de Atención Primaria de Salud, formada conjuntamente con el Ministerio de Salud de Brasil y la Escuela de Salud Pública de Andalucía (España), para fomentar intercambio de conocimientos y mejores prácticas basadas en la atención primaria de salud.

b) La Red Regional de Adquisiciones Farmacéuticas y Autoridades de Manejo de Suministros (CARIPROSUM), con participación de las autoridades nacionales de compra de suministros de los países del Caribe para promover la disponibilidad continua de productos farmacéuticos inocuos, eficaces y asequibles para el sector de salud pública.

c) La Red Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para las Américas que ayuda a que los Estados Miembros tengan acceso y analicen datos para determinar el valor agregado comparativo de medicamentos, productos médicos e intervenciones de salud que se utilizarán por primera vez en los sistemas de salud.

d) CARMEN (Conjunto de acciones para la Reducción y Manejo de Enfermedades No Transmisibles) es una red de países, organizaciones e instituciones que trabajan para reducir la carga de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo en las Américas.

e) Health Research Web/Américas, creada con el Consejo de Investigaciones de Salud para el Desarrollo (COHRED) para ayudar a los países y las personas a establecer políticas y prioridades para la investigación sanitaria, mejorar la pertinencia de la investigación y perfeccionar las aptitudes para la investigación al suministrar recursos de información y facilitar los intercambios entre los países.

f) La Red Salud, que vincula a 2 500 periodistas especializados en temas de salud, fue creada con la Iniciativa de Comunicación y la Fundación Nuevo Periodismo Iberoamericano para mejorar la cobertura de los temas de salud pública en los medios de comunicación.

g) La Red de Vigilancia de Enfermedades Crónicas de las Américas (AMNET), financiada por los CDC y la Agencia de Protección Ambiental (EPA) de los Estados Unidos, Salud Canadá, Ministerio de Salud de Finlandia y los ministerios de salud de otros Estados Miembros de la OPS.

h) La Red de Planes de Seguridad del Agua de Latinoamérica y el Caribe (RED-PSA/LAC), formada en asociación con los CDC y la EPA para apoyar y promover la ejecución de planes de seguridad del agua en ciudades de América Latina y el Caribe. También son miembros la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), la Asociación Internacional del Agua (IWA) y ONU-HABITAT.

i) La Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos (RAVREDA), organizada con Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú,

Suriname y Venezuela para vigilar la resistencia a los antimaláricos en la Amazonía.

j) La Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía (AMI), creada con la USAID y apoyada por los CDC, la empresa Management Sciences for Health y la U.S. Pharmacopeia.

k) La Red BiVa-PaD (Biblioteca Virtual Andina para la Prevención y Atención de Desastres), una iniciativa conjunta con la Comunidad Andina de Naciones (CAN), el Centro Regional de Información de Desastres para América Latina y el Caribe, la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres y organizaciones asociadas del Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres (CAPRADE) busca facilitar el intercambio de información sobre gestión de riesgos y mitigación de emergencias y desastres.

l) La Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia, organizada en asociación con la OEA, otros organismos de las Naciones Unidas, la USAID y los CDC.

81. La iniciativa de más amplio alcance de la Organización para aprovechar el aumento del acceso a internet fue el Campus Virtual de Salud Pública, una iniciativa de aprendizaje a través de redes que vincula a personas y organizaciones para intercambiar información, conocimientos y oportunidades educativas sobre salud pública. Desde el 2003, el Campus Virtual ha pasado de ser un proyecto piloto con 13 instituciones afiliadas a una red de 144 instituciones en 11 países. En los últimos cinco años, más de 5 300 usuarios se han beneficiado de más de 150 cursos ofrecidos por la red, y su interoperabilidad con la Biblioteca Virtual en Salud de BIREME brinda acceso virtual a otros 3 600 recursos educativos. El Campus Virtual recibe financiamiento de los gobiernos de Canadá, Cuba y España y forma parte de las iniciativas emprendidas por la OPS/OMS para fortalecer los recursos humanos para la salud.

82. Una de las iniciativas de formación de redes más recientes de la Organización es la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias (PRAIS), lanzada en el 2012 con el apoyo de Brasil y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. Como parte de las actividades para promover el acceso a medicamentos y tecnologías fundamentales, la iniciativa vincula las redes, los recursos de información y las comunidades de práctica para promover la transferencia de tecnologías y mejorar la capacidad y la gobernanza en el sector de desarrollo farmacéutico.

83. Una iniciativa similar de formación de redes virtuales es el portal situado en el sitio web de la OPS, Cooperación entre Países para el Desarrollo de la Salud, que promueve el intercambio de conocimientos, la cooperación y las alianzas Sur-Sur.

84. El compromiso de la Organización para aprovechar al máximo las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación culminó en la elaboración del documento Estrategia y Plan de acción sobre *eSalud*, aprobado por el 51.º Consejo Directivo en el 2011 (resolución CD51.R5). La finalidad de la estrategia y plan de acción es utilizar herramientas y métodos de la información y la comunicación para mejorar la salud pública y la sanidad animal en especialidades como administración sanitaria, recursos humanos, coordinación y prestación de servicios de salud, y la producción y difusión de conocimientos científicos y técnicos.

85. Algunas de las aplicaciones prácticas de la información y la comunicación al ámbito sanitario que se ponen de relieve en la estrategia son tarjetas personales con información sobre salud, expedientes clínicos digitales, recetas médicas electrónicas, citas médicas en línea, telemedicina, educación a distancia y educación continua, blogs y portales dedicados a los temas de salud, centros de llamadas, bases de datos para la gestión de riesgos y la seguridad del paciente, herramientas de redes sociales para casos de desastres y emergencias, y digitalización de la documentación clínica y administrativa. Entre los posibles usuarios se encuentran el personal sanitario, los pacientes y el público general.

Promoción de preparativos

86. En la primera década del siglo XXI la Región de las Américas vivió una serie de emergencias y desastres. Sin embargo, a diferencia de la mayor parte del siglo anterior, la mayoría de los países de la Región cuentan hoy en día con la capacidad de responder a sucesos menores o hasta leves sin necesidad de la ayuda internacional. La OPS/OMS ha desempeñado una función esencial en este logro mediante su trabajo con los ministerios de salud para establecer y fortalecer programas de respuesta de emergencia en caso de desastres y elaborar estrategias regionales para reducir los efectos de los desastres sobre la salud.

87. No obstante, los niveles de preparación varían mucho entre los países y la gravedad de los sucesos peligrosos en algunos casos ha superado con creces las capacidades de los países para responder. El más trágico de los sucesos recientes fue el terremoto del 2010 ocurrido en Haití, que se cobró más de 200 000 vidas y afectó a la mayor parte de la población haitiana. Al igual que en la mayoría de los desastres, los haitianos mismos salvaron cientos de vidas y asistieron a miles de lesionados y personas que quedaron sin hogar, con el apoyo de sus vecinos más cercanos como República Dominicana, Cuba y otros países del Caribe. Sin embargo, el apoyo de la comunidad internacional más amplia también fue esencial para la respuesta y la recuperación a más largo plazo.

88. La OPS/OMS desempeñó una función fundamental en estas actividades como líder del Grupo de Acción Sanitaria, que ejerció la coordinación de cientos de organizaciones que trabajan en cuestiones de salud, y como entidad administradora junto con el gobierno haitiano del depósito nacional de productos farmacéuticos, PROMESS. La Organización también supervisó el control de calidad del agua potable en los sitios de cloración, ayudó a restablecer el funcionamiento del Laboratorio Nacional de Salud Pública y participó en la creación de una base de datos y mapas de las ubicaciones de los establecimientos de salud existentes y de los asociados en la esfera de la salud que estaban trabajando en el país. (Este apoyo se describe con más detalle en el *Informe Anual de la Directora 2010*: *promoción de la salud, el bienestar y la seguridad humana*).

89. Las alianzas en pro de la salud que se fortalecieron después del terremoto de enero del 2010 en Haití volvieron a ser fundamentales para la respuesta a la epidemia de cólera que empezó en octubre del mismo año. La respuesta se complicó porque no se habían superado los puntos débiles del sistema de salud del país y porque el personal sanitario tenía muy poca o ninguna experiencia con una enfermedad que no se había visto en Haití en más de un siglo. La OPS/OMS y otros asociados ayudaron a las autoridades sanitarias a establecer centros de tratamiento del cólera y se movilizaron recursos y experiencia en diversas áreas como tratamiento de casos, distribución de medicamentos y suministros esenciales, vigilancia de enfermedades y alerta temprana, capacitación y directrices, mensajes de prevención, y salud ambiental.

La pandemia de gripe por H1N1 del 2009

90. La primera pandemia de gripe del nuevo siglo empezó en las Américas y se propagó a todo el mundo en un lapso de pocos meses. Aunque fue mucho menos grave de lo que se temía al principio, se cobró miles de vidas y reveló importantes debilidades en los sistemas de salud de los países. El gran número de casos, unido a la incertidumbre de la población acerca de la gravedad del virus, aumentaron la carga sobre los establecimientos hospitalarios y sanitarios de varios países, lo que llevó a algunos gobiernos a responder con la adopción de restricciones ineficaces e innecesarias a los desplazamientos de la población. Esto subrayó la necesidad de aumentar las inversiones sanitarias en general y, en particular, en el fortalecimiento de la atención primaria de salud, así como la importancia de formular políticas públicas basadas en datos de investigación.

91. La pandemia de gripe por H1N1 del 2009 también puso a prueba los preparativos que la OPS/OMS había promovido en la Región después del brote del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) del 2003 y las inquietudes por la amenaza creciente de la gripe por H5N1. Una reunión de examen con representantes de los Estados Miembros celebrada a finales del 2009 concluyó que estas actividades habían dado resultado, pero que en la mayoría de los países los planes de preparación para una pandemia no habían

funcionado debidamente, en particular a nivel local. El grupo de examen recomendó mejorar la coordinación con el sector sanitario privado, además de aumentar la claridad acerca de los flujos de información y los recursos necesarios para llevar a cabo la vigilancia mejorada.

92. Además de estas actividades de preparación, la OPS/OMS desempeñó una función clave de apoyo a lo largo de toda la pandemia de gripe por H1N1 del 2009, que tuvo repercusiones considerables en toda la Región (véase también el capítulo I). Inmediatamente después de que México notificó el brote, la OPS/OMS activó el Centro de Operaciones de Emergencia y, por conducto de la Red Mundial OMS de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), empezó a movilizar a expertos internacionales en epidemiología, gestión de emergencias, laboratorios, comunicación, servicios de salud, promoción de la salud e inmunización, entre otros. A medida que la epidemia se propagó, la OPS/OMS apoyó a los países mediante la coordinación de la compra de los antivíricos (oseltamivir), los equipos de protección personal y el equipo y material de laboratorio; además, impartió capacitación en el uso de la reacción en cadena de la polimerasa para detectar el virus pandémico. Una vez que se contó con la vacuna contra la gripe pandémica, el Fondo Rotatorio de la OPS ayudó a comprar más de 20 millones de dosis para 23 países.

93. La pandemia también sirvió para someter a prueba el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que ha sido uno de los aspectos más importantes de la cooperación técnica de la OPS/OMS en cuanto a la alerta y respuesta ante brotes epidémicos para ayudar a los países a cumplir a cabalidad con sus compromisos reglamentarios. La reunión regional de examen de la pandemia del 2009 llegó a la conclusión de que el RSI, a través de sus centros nacionales de enlace, había resultado ser un mecanismo eficaz para alertar e informar a los Estados Miembros, había contribuido a generar información para las recomendaciones formuladas por las autoridades sanitarias y había aumentado la credibilidad de las autoridades al promover la transparencia. Sin embargo, la pandemia también había revelado una falta de armonización en los sistemas de vigilancia de los países y brechas en los marcos jurídicos nacionales que entorpecen el cumplimiento pleno del RSI.

CAPÍTULO III

UNA ORGANIZACIÓN QUE EVOLUCIONA

94. Según se señaló en el capítulo II, las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI impulsaron cambios en la colaboración de la OPS con los Estados Miembros y otros interesados directos, así como en su estructura programática, asignación de recursos y gestión de los recursos humanos. Estos cambios se llevaron a la práctica como parte de una reorganización amplia encaminada a que la OPS sea más eficiente, más eficaz y plenamente responsable ante sus interesados directos. Los cambios consistieron en nuevas normas, estrategias, modelos y modalidades, así como nuevos procedimientos, instrumentos, tecnologías e infraestructura. En este capítulo se ponen de relieve los componentes principales del desarrollo institucional de la Organización en la década anterior

Política del Presupuesto y gestión basada en los resultados

95. Uno de los elementos que más influyó en el proceso de transformación de la OPS en el periodo examinado fue la formulación y ejecución de la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas. Esta política, la primera de su tipo adoptada en la Organización y una de las primeras en el sistema de las Naciones Unidas, se formuló mediante un proceso encabezado por los Estado Miembros con miras a lograr una distribución más equitativa de los recursos.

96. La meta general de la política del presupuesto es apoyar a los países para que cumplan las metas programáticas acordadas conjuntamente por los Estados Miembros como parte del Plan Estratégico de la OPS, de tal manera que también se logre la distribución equitativa de los recursos. La política asigna fondos a tres niveles, a saber: regional, subregional y de país, y aplica criterios basados en las necesidades para clasificar a los países según su situación de salud y niveles relativos de desigualdad. Estos criterios nuevos de asignación de fondos han dado lugar a un cambio significativo de los recursos presupuestarios hacia los países de menores ingresos y desde la sede de la OPS hacia los niveles de país y subregional.

97. La primera Política del Presupuesto Regional por Programas fue aprobada por el 45.o Consejo Directivo en el 2004 para el bienio 2006-2007; los Estados Miembros solicitaron modificaciones en los bienios siguientes. La revisión más reciente de la política, para el bienio 2014-2015, estuvo encabezada por un grupo de trabajo compuesto de Brasil, Chile, Estados Unidos, Granada, Perú y Venezuela, con Argentina en calidad de observador; el documento elaborado por este grupo se presentará a la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre del 2012.

98. Otra novedad igualmente importante ocurrida en la década fue el cambio decisivo de la OPS hacia la gestión y la programación basadas en los resultados, con la finalidad de mejorar el desempeño de la Organización para conseguir las metas definidas por sus Estados Miembros. Aunque asignar más importancia a los resultados no era algo totalmente nuevo, la adopción formal por la OPS de un marco de gestión basada en los resultados coincidía con decisiones similares en la OMS y otros organismos del sistema de las Naciones Unidas.

99. El marco de gestión basada en los resultados define objetivos claros, selecciona indicadores para medir el progreso hacia esos objetivos, establece metas para cada indicador y prevé la recopilación, el análisis y la presentación de resultados, lo que permite la evaluación objetiva del desempeño de la Organización. La adopción de este marco ha cambiado notablemente la manera en que funciona la Organización, ya que todo el trabajo se orienta a los resultados y el desempeño.

100. La puesta en práctica del marco ha sido un proceso participativo, en particular a través del Sistema de Evaluación del Desempeño, que se complementa con un curso obligatorio en línea sobre la gestión basada en los resultados para todo el personal. Un análisis reciente de las lagunas, hecho por consultores externos, confirmó que la OPS se ha convertido en líder de la gestión basada en los resultados dentro del sistema de las Naciones Unidas. No obstante, por tratarse de un proceso, la gestión basada en los resultados exige ejecución y adaptación continuas para lograr que siga mejorando el trabajo de la Organización.

101. El nuevo marco se incorporó en el instrumento de planificación de más alto nivel de la Organización, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, en el que se definen las contribuciones de la Organización al cumplimiento de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio y está en armonía con el Undécimo Programa General de Trabajo y el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS. Contiene 16 objetivos estratégicos que están alineados directamente con los de la OMS, define los resultados previstos a nivel regional (RPR) y los indicadores basados en las inquietudes prioritarias actuales en la esfera de la salud pública de la Región, al tiempo que prevé medidas en caso de que surjan nuevos problemas y amenazas. Los RPR de la Organización Panamericana de la Salud contribuyen a los resultados previstos a nivel de toda la organización (RPO) de la Organización Mundial de la Salud, y los indicadores se agrupan a nivel mundial.

Descentralización

102. Además del marco de gestión basada en los resultados, uno de los cambios de más amplio alcance en la década fue la adopción de un modelo descentralizado de cooperación técnica. Unido a la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas, este modelo transfirió progresivamente las competencias, las funciones y los recursos de

la Organización de la Sede a los niveles subregional, nacional y subnacional. Las metas eran aumentar la eficiencia en el uso de los recursos humanos, técnicos y financieros; fomentar una colaboración más estrecha con los homólogos nacionales y subnacionales; y fortalecer la toma de decisiones al nivel local como parte de la descentralización en curso que se estaba llevando a cabo en los países.

103. La aplicación del modelo descentralizado de cooperación técnica avanzó considerablemente a lo largo del decenio; varios programas técnicos regionales que se encontraban en la Sede se trasladaron a los países, como los programas sobre dengue (Costa Rica), enfermedad de Chagas (Uruguay), discapacidades (Argentina), lepra y leishmaniasis (Brasil), salud ocular (Colombia), salud de los indígenas (Panamá), entre otros. Además, el Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH) descentralizó su equipo técnico sobre salud de las mujeres y salud reproductiva al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) en el Uruguay, mientras que el Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades transfirió sus actividades de salud pública veterinaria al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), situado en Río de Janeiro (Brasil).

104. El Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED) ha establecido tres oficinas que abarcan diferentes zonas geográficas: Ecuador y Colombia para América del Sur, Barbados para el Caribe, y Panamá para Centroamérica. Además, Canadá, Cuba, Estados Unidos y México están cubiertos por la Oficina Regional en Washington, DC. En cada oficina hay un asesor de preparativos para situaciones de emergencia y personal de apoyo. La oficina de Barbados también cuenta con un especialista en reducción de riesgos de desastres. La descentralización permite no solo que la cooperación técnica esté cerca de las necesidades reales, lo cual facilita la interacción y disminuye los costos, sino también una respuesta más rápida en caso de un desastre. Por otra parte, el asesor principal para la respuesta regional ahora se encuentra en Barbados. También hay personal de PED en Colombia y Haití.

105. Asimismo, como se menciona en el capítulo II, se crearon nuevos programas subregionales de cooperación técnica, de acuerdo a los mandatos de los Cuerpos Directivos y en cumplimiento de las recomendaciones del Grupo de Trabajo de la OPS en el siglo XXI, para responder a las prioridades de salud de los sistemas de integración subregional. Se establecieron los siguientes programas: para Centroamérica, con respecto al Consejo de Ministros de Salud (COMISCA) y la Reunión del Sector de la Salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD); para el Caribe, con respecto al Consejo de Desarrollo Humano y Social (COHSOD) de CARICOM y al Grupo de Ministros de Salud del Caribe; para la región andina, con respecto al Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS/CONHUE) y la Comunidad Andina de Naciones (y de conformidad con las resoluciones de la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, REMSAA); y para el Cono Sur, con respecto al MERCOSUR (Subgrupo de

Trabajo #11) y las comisiones intergubernamentales relacionadas con la salud. El programa de cooperación técnica para la frontera entre México y los Estados Unidos sigue llevándose a cabo desde la oficina de El Paso (Texas), que celebró su 70.º aniversario en el 2012.

106. Varias representaciones descentralizaron aún más sus programas de cooperación técnica con arreglo a las prioridades establecidas en el Plan Estratégico de la OPS y de acuerdo con las contrapartes nacionales y subnacionales. Por ejemplo, las representaciones en Bolivia, Brasil, Colombia, México y Nicaragua establecieron actividades de cooperación técnica descentralizada a nivel subnacional, en algunos casos con la presencia permanente de funcionarios de la OPS. En el caso de Ecuador, la cooperación técnica en materia de enfermedades transmisibles se presta desde una oficina situada en Guayaquil, debido a que la institución homóloga se encuentra en la zona costera. En cuanto a los países del Caribe Oriental, se decidió mantener la presencia permanente de la OPS mediante especialistas del programa de país que interactúan a diario con sus homólogos nacionales, mientras que los equipos del programa ubicados en Barbados prestan cooperación técnica especializada.

107. Además de la descentralización de los programas de cooperación técnica de la OPS, se modificó la administración de varios centros panamericanos. Desde los años cincuenta, la OPS había creado o administrado 13 centros encargados de llevar a cabo investigaciones, prestar cooperación técnica y aumentar la capacidad en áreas prioritarias para los Estados Miembros. A lo largo de esos años, los Cuerpos Directivos de la OPS instaron a la Oficina Sanitaria Panamericana a reexaminar los centros periódicamente y a considerar opciones en los casos en que las instituciones nacionales pudiesen prestar servicios constantes de cooperación técnica en las especialidades de los centros para sus países y para otros Estados Miembros de la OPS.

108. Como resultado, a principios de la primera década del siglo XXI, la Oficina Sanitaria Panamericana emprendió un examen para analizar las operaciones y el financiamiento de cada centro, además de su concordancia con las políticas regionales y subregionales de la OPS, al tiempo que es estudiaban estructuras, acuerdos y fuentes de financiamiento alternativas que quizá fuesen más eficientes y eficaces para abordar los problemas dentro del área de especialización de cada centro.

109. De esta manera, en el 2005, el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), situado en Argentina, fue cerrado y se estableció un equipo técnico especializado en inocuidad de los alimentos en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), en Brasil. Más tarde, en el 2010, la administración del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) fue transferida a su propio consejo directivo, mientras que la OPS pasaba a ser uno más de los miembros, junto con los ocho Estados Miembros del Instituto. Ese mismo año, el Centro Panamericano de Ingeniería

Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), situado en el Perú, fue cerrado, sus laboratorios se transfirieron al gobierno peruano y se creó un Equipo Técnico Regional sobre Agua y Saneamiento (ETRAS), mediante un acuerdo con el Perú para prestar cooperación técnica continua en cuestiones de agua y saneamiento.

110. En el Caribe, los dos centros panamericanos, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), están en proceso de transición para integrarse al Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA). El CFNI se desmantelará a fines del 2012, y las funciones que lleva a cabo el CAREC se trasladarán al Organismo de Salud Pública del Caribe. El trabajo en el transcurso de los 10 últimos años se ha centrado en la consolidación y fortalecimiento de las operaciones de estos dos centros para facilitar una transición sin problemas.

111. El Organismo de Salud Pública del Caribe se convirtió en persona jurídica el 4 de julio del 2011, cuando los Jefes de Gobierno del Caribe firmaron un acuerdo intergubernamental para su establecimiento. Se ha previsto que el organismo esté en pleno funcionamiento en enero del 2013. Se creó un consejo ejecutivo, y un equipo provisional ha venido elaborando una estrategia de movilización de recursos y un plan de sostenibilidad, un plan de mercadeo social y de comunicaciones, y un plan de trabajo centrado en los servicios de laboratorio, la vigilancia y el análisis de salud.

112. Los centros colaboradores de la OPS/OMS siguieron desempeñando un papel importante en el trabajo de la Organización mediante investigaciones para apoyar a los programas técnicos; ayuda para ampliar las redes de la Organización; y respaldo para crear capacidad nacional y regional en las áreas de información, servicios, investigación y capacitación.

113. En el decenio mencionado, la OPS aumentó mucho su participación en la designación de nuevos centros colaboradores. Aunque tradicionalmente la mayoría de los procesos de designación de los centros de la Región de las Américas los había iniciado la sede de la OMS, desde el 2002 hasta el 2012 se revirtió esta tendencia, ya que 60 nuevas designaciones de centros colaboradores fueron iniciadas por la Oficina Regional de la OMS para las Américas y 32 por la sede de la OMS. De los 92 nuevos centros colaboradores de la Región, 37 se encuentran en América Latina y el Caribe, incluso los primeros centros colaboradores designados en Bolivia y Uruguay. Por primera vez desde los años ochenta, se designaron tres centros nuevos en Costa Rica.

114. Por otra parte, se creó una nueva categoría de relaciones para las instituciones nacionales asociadas con la OPS en actividades de cooperación técnica, y se establecieron los procedimientos para seleccionar, designar y monitorear esas instituciones. El proceso tiene como finalidad fortalecer la cooperación técnica en el país al tiempo que se forma capacidad nacional, se logra la colaboración intersectorial y se

promueven las iniciativas público-privadas, así como la colaboración con instituciones de la sociedad civil.

Nuevos modelos y entidades

115. Para brindar apoyo al marco de gestión basada en los resultados, la Oficina creó varias nuevas entidades a lo largo del decenio. Además del modelo descentralizado de cooperación técnica, se aprobó un nuevo modelo institucional horizontal por equipos que utiliza equipos, grupos estandarizados y redes colaborativas en lugar de unidades orgánicas tradicionales. La meta es hacer que personas de diferente formación y competencias trabajen juntas para lograr una meta común en una cultura orientada a la consecución de resultados. El modelo permite hacer ajustes organizativos en cada ciclo nuevo de planificación en respuesta a las necesidades en constante cambio de los Estados Miembros. También define un proceso para la delegación de autoridad que ayuda a aclarar las funciones y las responsabilidades pertinentes para obtener los resultados definidos en el Plan Estratégico de la OPS.

116. Con la finalidad de respaldar la ejecución y fomentar la cultura del marco de gestión basada en los resultados, en el 2010 la OPS también creó un nuevo equipo de proyecto para la eficacia y el desarrollo institucionales dentro del área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos (PBR). Su mandato consiste en fortalecer la capacidad de la OPS para utilizar sus recursos de manera innovadora, eficiente y eficaz en el cumplimiento de su visión y misión. El equipo está dotado de expertos en eficacia y desarrollo institucional con experiencia tanto regional como mundial.

117. Entre los aportes que ha hecho el proyecto para la eficacia y el desarrollo institucionales a la transformación de la OPS en la primera década del siglo XXI se encuentran la aprobación por los Cuerpos Directivos del nuevo marco de gestión basada en los resultados, la participación en la transición de los centros panamericanos, el apoyo al nuevo Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS), la supervisión de la elaboración de manuales de operaciones y administración de la OPS y la promoción del uso sistemático de tableros digitales de control para la programación y la presupuestación.

118. La entidad nueva de más alto nivel creada para apoyar al marco de gestión basada en los resultados fue el Equipo de la Gerencia Ejecutiva (EXM), constituido por la Directora, el Director Adjunto, la Subdirectora y el Director de Administración, con un Coordinador de la Gestión Ejecutiva que sirve de enlace, coordinador y secretario. Establecido en el 2003 para mejorar las prácticas de gestión de la OPS, la Gerencia Ejecutiva mejoró la transparencia en la toma de decisiones a todos los niveles de la Organización.

119. La Gerencia Ejecutiva tiene a su cargo la formulación de la orientación estratégica, las prioridades y las políticas de la OPS, así como la coordinación de la planificación y la puesta en práctica de las iniciativas a nivel de toda la Organización, lo que abarca las prioridades y las políticas transversales. El equipo también se ocupa de definir los recursos necesarios de la Organización y de supervisar la movilización de recursos. Asimismo, promueve el intercambio de información, la comunicación, la colaboración y la rendición de cuentas a todos los niveles de la Organización con el fin último de mejorar la eficacia y la transparencia.

120. Como parte del modelo de gestión participativa, se creó un foro permanente de gerentes con miras a lograr eficacia, eficiencia y sinergias en el trabajo de la Organización. Este foro permite a la Gerencia Ejecutiva y a los gerentes de la Oficina intercambiar información y tratar los temas de importancia, mejorar y facilitar el diálogo abierto, el trabajo en equipo y la forja de consenso. El foro incluye una reunión presencial dos veces al año.

Políticas y procesos del lugar de trabajo

121. El Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 estableció seis prioridades transversales, a saber: enfoque de género, perspectiva de grupo étnico, derechos humanos, atención primaria de salud, promoción de la salud y protección social en salud, y exigía que estas se priorizaran e integraran en los programas de cooperación técnica de toda la OPS.

122. Una de estas prioridades, la de enfoque de género, condujo a la formulación y ejecución de la Política en Materia de Igualdad de Género de la OPS, que fue aprobada por el 46.º Consejo Directivo en el 2005 (CD46.R16). Además de exigir que la perspectiva de género se integre en la planificación, programación y las intervenciones de la OPS relacionadas con la salud, así como en los programas de cooperación técnica, la política y su plan de acción exhortaban a la propia Oficina Sanitaria Panamericana a que se esforzara por lograr la paridad entre los sexos en la contratación y la promoción del personal.

123. Un informe del 2009 de las Naciones Unidas reveló que la OPS ya había logrado la paridad entre los sexos con respecto a los profesionales en la Sede, antes que muchos otros organismos de las Naciones Unidas. Sin embargo, en las representaciones, las mujeres estaban subrepresentadas entre el personal profesional y las personas con antigüedad en la Organización o recién contratadas. Los informes anuales sobre los progresos realizados desde la adopción de la política de género han revelado un aumento en el número de mujeres empleadas tanto en la Sede como en las representaciones de la OPS en los países y tanto a nivel profesional como administrativo.

124. En el 2004, la OPS adoptó su primera política contra el acoso en el lugar de trabajo, encaminada a fomentar un entorno de trabajo respetuoso mediante la prevención y la resolución inmediata del acoso. Abarcaba dos tipos de acoso en el lugar de trabajo, personal y sexual, y explicaba cómo utilizar los procesos informales y formales para afrontar las conductas que pudieran constituir acoso.

125. En el 2012, la política se amplió para incluir intimidación, abuso de autoridad y un entorno de trabajo hostil, como otras formas de acoso. Otros cambios se referían a la eliminación del arbitraje en el proceso formal de presentación de quejas y establecimiento de plazos para lograr la resolución inmediata de las imputaciones.

126. En mayo del 2006, la OPS estableció la Oficina de Ética, que es independiente y rinde cuentas directamente a los Cuerpos Directivos por conducto del Comité Ejecutivo. Su mandato es promover una cultura de ética e integridad en la Organización mediante la orientación, el asesoramiento y la capacitación para ayudar al personal a que tome las decisiones éticas adecuadas en cumplimiento del Código de Principios Éticos y Conducta de la OPS, adoptado en enero del 2006. También se ocupa de la investigación de las presuntas faltas de conducta, entre ellas el acoso, así como las presuntas violaciones al código de ética de la OPS.

127. La Oficina de Ética atiende a todos los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, miembros de su familia, clientes, interesados directos y proveedores. En junio del 2007, se llevó a la práctica un servicio de ayuda sobre ética para permitirles a las personas tanto dentro como fuera de la Organización denunciar presuntos actos indebidos o hacer preguntas acerca de los temas que podrían tener consecuencias éticas. La línea telefónica de ayuda es administrada por un proveedor externo y permite que los visitantes mantengan el anonimato, si así lo desean.

128. En el 2005, la Organización inauguró la Oficina del Mediador para ofrecer servicios de gestión de conflictos y resolución de controversias a los funcionarios que tienen inquietudes, problemas o dificultades relacionados con su trabajo. Esta unidad sigue normas y procedimientos que concuerdan con las Normas de Práctica y el Código Deontológico de la Asociación Internacional de Mediadores. Su trabajo se basa en cuatro principios, a saber: confidencialidad, imparcialidad, independencia e informalidad, y defiende los valores fundamentales de la OPS, a saber: equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integridad.

129. La Oficina del Mediador apoya la misión de la OPS mediante la promoción de la justicia en los procesos institucionales. Asigna prioridad a la atención de las preocupaciones de los empleados lo más pronto posible con la meta de prevenir, atender, limitar o resolver los conflictos antes de que se agraven. Sus servicios están al alcance de todo el que trabaje en alguna dependencia de la OPS, ya sea en la Sede, las

representaciones o los centros panamericanos, sea cual fuere la situación de la persona en cuanto a contratación. Durante los últimos cinco años, más de 750 empleados han acudido a la Oficina del Mediador con preguntas o inquietudes. Los visitantes han reflejado sistemáticamente el perfil demográfico de la Organización en cuanto a la ubicación, el sexo y la situación con respecto a la contratación. La Oficina del Mediador también actúa en calidad de observador y pronosticador, y suministra información oportuna a la Administración y los gerentes con la finalidad de prevenir daños evitables a personas o a la Organización.

130. En octubre del 2007, la OPS inauguró el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos (SGAIC), que incorpora todos los recursos internos destinados a los temas de integridad y resolución de conflictos en un todo coherente para que pueda ser más accesible, eficaz y de fácil comprensión para los funcionarios. Estos recursos comprenden la Oficina del Mediador, la Oficina de Ética, la Oficina Legal, la Oficina de Seguridad de la Información, Gestión de Recursos Humanos, la Asociación de Personal de la OPS/OMS, la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) y la Junta de Apelación. En noviembre del 2011, la OPS nombró por primera vez a un presidente externo para su Junta de Apelación.

131. Cada uno de estos recursos desempeña una función diferenciada, y el SGAIC suministra información clara acerca del mandato, alcance de la labor, autoridad y capacidad de toma de decisiones, relaciones de dependencia, accesibilidad, nivel de confidencialidad, independencia y rendición de cuentas, así como acceso a los funcionarios y a los registros de cada recurso individual.

132. Desde su inicio, el SGAIC ha sido el catalizador para el desarrollo de varias iniciativas institucionales importantes relacionadas con el buen gobierno, incluso un programa de declaración de confidencialidad (2007), una política sobre protección de las personas que denuncian actos indebidos o cooperan en una investigación o auditoría (2009) y un protocolo para hacer investigaciones en el lugar de trabajo (2010).

133. Para promover la salud y el bienestar del personal, la Oficina creó el Comité de Bienestar como un órgano asesor de la Directora. Brinda un foro para el debate y formula recomendaciones acerca de temas relacionados con la salud en el lugar de trabajo, con respecto a la Ofincina. El Comité también ha encabezado una iniciativa conocida como "La OPS verde", encaminada a reducir la huella de carbono de la Organización.

Competencias y aprendizaje

134. En el 2003, la OPS estableció un grupo de trabajo sobre el capital humano con la encomienda de analizar las competencias y las aptitudes del personal que se consideran necesarias para el desempeño eficaz de la Organización, y formular recomendaciones al

respecto. El grupo elaboró una versión preliminar de un esquema de competencias, que constaba de 20 competencias divididas en tres secciones: *a*) competencias generales, *b*) competencias técnicas para profesionales relacionados con la cooperación técnica, y *c*) competencias para el personal asociado con los servicios de apoyo administrativo. El esquema inicial fue analizado y revisado por el Área de Gestión de Recursos Humanos (HRM) en el 2006 como parte de la iniciativa de Evaluación Estratégica y Alineación de los Recursos de la OPS (SARA), y nuevamente en el 2007. Los cambios incluían el agregado de los niveles y las descripciones de los comportamientos deseados que estaban vinculados con diferentes competencias. En el 2007, el esquema se revisó de nuevo y luego fue validado por una empresa consultora externa.

135. El esquema de competencias formaba parte de una actividad más amplia para aplicar la gestión de recursos humanos basada en las competencias. Esta actividad también ha incluido el uso de entrevistas y pruebas psicométricas basadas en las competencias en el proceso de selección del personal y la armonización, la actualización y el mejoramiento de las descripciones de puestos mediante la incorporación de los requisitos basados en el esquema de competencias.

136. A partir del 2004, la Oficina lanzó una iniciativa muy importante para fortalecerse a si misma como una organización basada en el aprendizaje, a objeto de que las aptitudes y los conocimientos de su personal crezcan y evolucionen junto con los nuevos adelantos tecnológicos, científicos, políticos e institucionales.

137. Para guiar este proceso, se creó la Junta de Aprendizaje y se le asignaron varias responsabilidades, como por ejemplo, evaluar las necesidades prioritarias de aprendizaje, encabezar las iniciativas para atender esas necesidades, y velar por que las iniciativas estén acordes con las necesidades de la Oficina, las políticas institucionales y los objetivos del Plan Estratégico de la OPS.

138. Desde el 2004, el programa de aprendizaje ha elaborado planes regionales y mundiales de aprendizaje centrados en ocho "vías de aprendizaje": orientación y actualización, principios básicos de la OPS, liderazgo y excelencia de la gestión, gestión de proyectos, excelencia técnica, excelencia administrativa, aptitudes administrativas y aptitudes de apoyo. A todo el personal se le exige tomar un curso de orientación obligatorio, otro sobre el Código de Principios Éticos y Conducta de la OPS y dos cursos (básico y avanzado) acerca de la Seguridad sobre el terreno. A partir del 2012, se le exige a cada funcionario de la Oficina que incluya 10 días, es decir, 80 horas de actividades de aprendizaje, en sus planes de trabajo personales (véase también más abajo).

Manual electrónico y Manual de operaciones en los países

139. Una iniciativa importante para brindar apoyo y codificar el desarrollo institucional de la OPS fue el manual electrónico nuevo de la OPS/OMS, instrumento unificado que guía al personal de la OPS para que cumpla sus obligaciones con miras al logro de los objetivos estratégicos de la Organización. Incorpora las reglas, los reglamentos, las normas y los procedimientos del manual electrónico de la OMS, así como variaciones propias de la OPS con respecto a las políticas de la OMS, según lo establecido por la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana y permitido por la condición jurídica separada de la OPS en relación con la OMS. Elaborado a lo largo de un quinquenio y en plena vigencia desde mediados del 2012, el manual electrónico de la OPS/OMS es ahora el único repositorio de políticas obligatorias, que hasta entonces se encontraban en distintos sitios.

140. Actualmente, la Organización está elaborando un manual de operaciones para las representaciones de la OPS en los países y los centros especializados, que orientará a los gerentes en los países de todas las áreas de la gestión, incluso en la formulación de estrategias de cooperación en los países, planes de trabajo bienales y planes de desarrollo institucional. El manual también destacará cómo se interrelacionan estos procesos. Una versión electrónica proporcionará a los usuarios enlaces a los documentos y las políticas del manual electrónico relacionadas con cada proceso.

141. El manual electrónico de la OPS/OMS y los manuales para el nivel de país tendrán un sitio especial de intranet a través del cual se harán todas las variaciones propuestas a las políticas de la OMS o los cambios a las políticas actuales de la OPS. Los proyectos, las observaciones, los cambios de redacción y las comunicaciones escritas se elaborarán, transmitirán, aprobarán y publicarán utilizando este sistema. El Comité Permanente del Manual Electrónico de la OPS, compuesto por el Director de Administración y el Asesor Jurídico de la OPS, aprobará todas las variaciones propuestas de las políticas.

142. Tanto el manual electrónico de la OPS/OMS como el manual de operaciones en los países contribuyen al logro del Objetivo Estratégico 16 y al desarrollo de la OPS como una organización basada en el aprendizaje.

Transparencia, rendición de cuentas y supervisión

143. Con arreglo a las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI, la Oficina Sanitaria Panamericana instituyó varios cambios encaminados a aumentar la transparencia y la rendición de cuentas en el trabajo de la Organización, entre ellos la adopción de las primeras reglas específicas que regían la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Asimismo, según las recomendaciones de un grupo de

trabajo especial sobre la racionalización de los mecanismos de gobernanza de la OPS, las nuevas reglas incluyeron criterios para la selección de los candidatos por los Estados Miembros, un cronograma, procedimientos para la presentación de candidaturas y para la elección, así como el establecimiento de un Foro de Candidatos, que se celebrará al mismo tiempo que las reuniones del Comité Ejecutivo, para permitir que los candidatos presenten sus plataformas y contesten las preguntas de los Estados Miembros.

144. Las reglas también incluían reglas concretas con respecto a los candidatos que sean funcionarios de la OPS o la OMS, así como mecanismos de supervisión relacionados con la contratación de delegados de los Estados Miembros que participan en la elección y la utilización de ciertos fondos de la Organización antes y después de la elección.

145. En el 2009, la OMS instituyó un nuevo proceso mundial para seleccionar a los jefes de las oficinas de la OMS (HWCO), y los representantes de la OPS/OMS en los países. El proceso tiene por objeto garantizar las cualidades de liderazgo y las aptitudes de los jefes de las oficinas de la OPS y de la OMS en los países mediante una selección por concurso, educación continua y una evaluación rigurosa del desempeño, aunadas a sesiones pertinentes de orientación, tutoría y asesoramiento estrecho, complementados con el respaldo necesario.

146. El nuevo proceso incluye una lista mundial de candidatos precalificados de la cual se seleccionarán todos los jefes de las oficinas de la OPS y de la OMS en los países. El Comité de Evaluación de la Lista Mundial, integrado por funcionarios de alto nivel de las seis oficinas regionales y la sede de la OMS, vela por que los aspirantes satisfagan los requisitos mínimos esenciales para el puesto y que el proceso de evaluación se haya cumplido de acuerdo con las normas institucionales. El proceso incluye una prueba escrita para evaluar los conocimientos de los candidatos en aspectos fundamentales de la salud pública y los valores de las Naciones Unidas y la OMS, así como entrevistas y ejercicios de simulación para evaluar sus aptitudes políticas en situaciones que suelen plantearse a los jefes de las oficinas de la OPS y de la OMS en los países.

147. En el caso de vacantes en los cargos de representantes en los países (AMRO), los candidatos de la Lista Mundial son examinados por el Comité de Selección de Alto Nivel de la OPS, que propone un candidato al Director General de la OMS. Los nombramientos se hacen sobre la base del acuerdo mutuo con el gobierno anfitrión.

148. Además de estos cambios, la Oficina Sanitaria Panamericana también decidió modificar el proceso para seleccionar al Auditor Externo. A lo largo de 30 años, y antes del bienio 2008-2009, la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (NAO) había sido nombrada por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para desempeñar las funciones de Auditor

Externo. Con la finalidad de mejorar la transparencia en los procesos de supervisión, la Oficina Sanitaria Panamericana adoptó el procedimiento utilizado por la OMS, según el cual se solicitan candidaturas para elegir a un Auditor Externo que ejerza sus funciones por no más de dos bienios sucesivos. En el 2008, la NAO fue el único candidato propuesto y fue seleccionada como Auditor Externo durante dos bienios. En el 2011, luego de un proceso competitivo, los Estados Miembros nombraron al Tribunal de Cuentas de España para los bienios 2012-2013 y 2014-2015.

149. Para mejorar la gobernanza se establecieron varias entidades y procesos nuevos mediante el mejoramiento de la supervisión, la gestión de riesgos y la evaluación; a este respecto destaca la nueva Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES), establecida en el 2009 y encabezada por el Auditor General de la OPS. Tiene a su cargo las auditorías y las evaluaciones internas, los asuntos relacionados con el riesgo y el control interno, la formulación de recomendaciones y el seguimiento de su ejecución. IES actúa independientemente de la Administración y brinda asesoramiento según las circunstancias del caso.

150. Otra novedad conexa fue la creación del Comité de Auditoría de la OPS, que se reunió por primera vez en el 2010. Constituido por profesionales experimentados tanto de los Estados Miembros como de la Oficina Sanitaria Panamericana que trabajan en forma independiente, este órgano contribuye a mejorar la gobernanza institucional, la gestión de riesgos y los procesos de control interno, mediante auditorías y evaluaciones internas y prestando asesoramiento a la Administración de la Oficina. Sus miembros también participan en las reuniones del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos (SGAIC), del Comité Permanente de Protección de Recursos y Prevención de Pérdidas (APLP) y del proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS), entre otras.

151. El Comité Permanente de Protección de Recursos y Prevención de Pérdidas (APLP) se creó en el 2009 para formular recomendaciones acerca de las políticas y las medidas para prevenir la pérdida, el uso indebido o el robo de recursos y activos de la OPS. Una de sus primeras recomendaciones, que se llevó a la práctica en el 2010, fue la de que todos los informes de presunto robo, pérdida o faltas de conducta debían comunicarse a un punto focal en la Organización, es decir, la Oficina de Ética. En el 2012, se emitió una nueva política auspiciada por el comité de APLP para responsabilizar a los funcionarios en caso de pérdida o robo de propiedad o equipo pertenecientes a la Organización, debido a negligencia o faltas de conducta.

152. La OPS instituyó otros procesos con miras a velar por la integridad, la transparencia y la rendición de cuentas en el cumplimiento de sus mandatos. A partir del 2005, los funcionarios a ciertos niveles de grado y en posiciones importantes están obligados a presentar una declaración de intereses para revelar cualquier interés

financiero, profesional o de otra índole que pudiera dar lugar a un posible conflicto de intereses. La declaración también exige que se revele cualquier interés pertinente de los familiares más cercanos.

153. A partir del 2010, la Organización adoptó las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) para su contabilidad y presentación de informes financieros; hasta entonces se habían utilizado las Normas Contables del Sistema de las Naciones Unidas (UNSAS). La OPS fue una de las ocho organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que adoptaron con éxito las nuevas normas en el 2010.

Marco de respuesta institucional y Centro de Operaciones de Emergencia

154. Las operaciones de respuesta ante la pandemia de gripe H1N1, del 2009, y el terremoto ocurrido en Haití en enero del 2010 resultaron ser las más complicadas y prolongadas desde la creación del programa de preparativos de emergencia de la OPS en 1976. Como resultado de estas experiencias y de las considerables exigencias que tuvo que satisfacer, la Organización empezó a modificar sus propias operaciones de manejo y respuesta en caso de desastres.

155. Este proceso incluyó consultas extensas dentro y fuera de la Organización con los expertos de una variedad de disciplinas, entre otros, especialistas en manejo de emergencias, en primeros auxilios, epidemiólogos y administradores. El resultado fue un nuevo marco de respuesta institucional a las emergencias y los desastres encaminado a mejorar la capacidad de la Organización para responder con rapidez, agilidad y eficacia a las necesidades de los Estados Miembros en situaciones de emergencia.

156. Como parte del marco nuevo, el espacio que ocupaba anteriormente la biblioteca en el edificio de la Sede se adaptó para convertirlo en el Centro de Operaciones de Emergencia (EOC) y Centro de Conocimientos, con espacios de trabajo interconectados y flexibles para permitir que las diferentes áreas técnicas de la Organización colaboren para dar una respuesta de salud pública. El EOC desempeña una función coordinadora, al conectar todos los puntos de las operaciones para dar una respuesta oportuna y eficaz a las emergencias de salud pública. Su integración con las redes de biblioteca e información de la OPS (KMC/LI) y del equipo de Alerta y Respuesta y Enfermedades Epidémicas del Reglamento Sanitario Internacional (HSD/IR) permite mejorar la colaboración entre el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED), Gestión del Conocimiento y Comunicaciones (KMC), Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades (HSD) y otras áreas técnicas y administrativas. El espacio nuevo del EOC y Centro de Conocimientos se inauguró en ocasión de la 150.ª sesión del Comité Ejecutivo en junio del 2012.

Tecnologías de la información y de la comunicación

157. Las iniciativas emprendidas para complementar el marco de respuesta institucional y contribuir a la continuidad de las operaciones y a la eficiencia operacional tenían como finalidad mejorar la infraestructura de información y comunicaciones de la Organización.

158. El marco básico para estas iniciativas fue la nueva estrategia de tecnología de la información y comunicaciones de la OPS, que enuncia el consenso acerca de las necesidades de la comunidad de la OPS y sus asociados y presenta una visión integral de dónde tiene que encontrarse la tecnología de la información y las comunicaciones de la OPS a mediano plazo. Se elaboró una versión preliminar de la política mediante una consulta de alcance regional que incluía 13 grupos de discusión y la participación de más de 100 funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana.

159. Sobre la base de un marco de planificación quinquenal, la estrategia de tecnología de la información y las comunicaciones asimila tendencias a corto plazo de la industria en materia de virtualización, computación en nube, normalización, consolidación y gestión de los servicios. A medida que la Organización avanza en su cambio gradual hacia la utilización de los servicios y los dispositivos móviles, se prevé que estos métodos y tecnologías mejoren la agilidad y la capacidad de información y comunicaciones para responder a las necesidades en evolución de la OPS y sus comunidades.

160. La estrategia de tecnología de la información y las comunicaciones de la OPS subraya la colocación de la Organización como líder en materia de información sobre salud en formato electrónico así como en las actividades de colaboración y formación de redes. Refleja la cooperación centrada en los países de la OPS y hace hincapié en el aumento de la conectividad de la red para garantizar el acceso equitativo para todos, en apoyo de los objetivos estratégicos de la OPS.

161. Los proyectos comprendidos en la estrategia se han llevado a la práctica mediante la colaboración con el equipo de Servicios de Tecnología de la Información (ITS) y el Área de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones (KMC) para lograr la integración con el modelo conceptual de KMC y la interoperabilidad con la intranet y Extranet 2.0 de la OPS, el Fondo Institucional Mundial de la OMS y el Campus Virtual de Salud Pública.

162. Estos son algunos proyectos principales de tecnología de la información y las comunicaciones:

a) Proyecto de actualización de la tecnología de escritorio, que suministra una experiencia común para el personal de la Sede, las representaciones y los centros panamericanos, y en una variedad de dispositivos. Facilita la administración en un

solo paso de la configuración del software de escritorio, mejora la normalización y simplifica el apoyo de proximidad local.

b) Mediante el proyecto de modernización se han mejorado gradualmente los sistemas de correo electrónico de las representaciones y los centros panamericanos, al tiempo que se trasladaron muchas oficinas al centro de datos de Washington, D.C. (WDC Datacenter) para consolidar los equipos y mejorar la continuidad de las operaciones. Como parte el plan de continuidad de las operaciones de la OPS, ITS también implantó un sistema nuevo de correo electrónico (EMS) que incluye una infraestructura alterna en caso de una falla de la electricidad en los sistemas principales.

c) El proyecto de virtualización del servidor de la OPS ha suministrado una infraestructura de servidores más sólida y más flexible en la Sede y ha permitido dar una respuesta más rápida a las exigencias de continuidad de las operaciones.

163. Como parte de su cometido de mejorar las comunicaciones institucionales, la OPS emprendió una iniciativa importante para mejorar la conectividad entre las representaciones, los centros panamericanos y la Sede. Anteriormente, estas entidades estaban enlazadas por una serie de diferentes conexiones locales, que a menudo no eran fiables, limitadas por anchuras de banda insuficientes y costos altos, que tendían a sufrir interrupciones y a dar un rendimiento deficiente.

164. Para remediar esta situación, la Organización instituyó una nueva red privada de la OPS (PPN), una infraestructura de telecomunicación que suministra la conectividad necesaria en todos los locales de la OPS mediante capacidad agregada de comunicaciones, anchura de banda, seguridad y fiabilidad.

165. La red privada de la OPS apoya las capacidades virtuales para reuniones, aumento del intercambio de conocimientos, redes sociales centradas en la salud, telefonía por el protocolo internet (VoIP), comunicaciones en tiempo real y capacidad de videoconferencia. La red también sienta las bases para la futura participación directa de los Estados Miembros en las actividades de la Oficina; además, suministra la conectividad necesaria para ampliar los sistemas de comunicaciones a las instituciones de salud.

166. Como parte de la ejecución de la red privada, la OPS ha actualizado la mayor parte de sus sistemas de telefonía en la Región y está utilizando tecnologías de vanguardia para lograr un sistema de comunicación sin interrupciones para todo el personal.

Estrategia de gestión del conocimiento y comunicaciones y web 2.0

167. En el 2011, la OPS aprobó su primera estrategia institucional encaminada a integrar la. En la elaboración de la estrategia participaron 13 grupos de trabajo diferentes y se incorporaron en ella elementos de una estrategia anterior sobre el tema y de una estrategia existente para recursos humanos y tecnología de la información.

168. La nueva estrategia de gestión del conocimiento y comunicaciones brinda orientación para la planificación de las políticas sobre estos asuntos y determina las metas estratégicas en ámbitos como colaboración, aprendizaje, redes y comunicación para la salud. La estrategia se está aplicando en toda la Organización bajo la responsabilidad principal del Área de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones (KMC).

169. Una importante modificación instituida como parte de la estrategia fue un cambio hacia el modelo de presencia en línea web 2.0. En contraposición a los modelos tradicionales de la red, la web 2.0 implica interacción y colaboración entre los usuarios, que pueden así crear y generar contenidos como miembros de una comunidad virtual, en lugar de ser receptores esencialmente pasivos del contenido creado para su consumo.

170. La adopción de la web 2.0 por la Organización ha abierto nuevas oportunidades para el intercambio de información, formación de redes, interacción, interoperabilidad y generación de contenidos. En la implantación del modelo por la OPS se ha subrayado lo siguiente:

a) Normas para gestión de la información que permiten la evolución conjunta entre diferentes usuarios.

b) Interoperabilidad para permitir la consolidación de los flujos de información interna y externa.

c) Selección de ciertos grupos de usuarios por medio de la producción y el intercambio de contenidos.

d) Ampliación de las redes para la difusión de información e innovaciones, lo que comprende las comunidades de práctica y el uso de los medios sociales.

e) Creación de nuevas formas funcionales como preparación para los dispositivos móviles y el acceso a ellos.

f) Preservación del conocimiento, la pericia y la memoria histórica.

171. La implantación de la web 2.0 ha fortalecido la presencia de la OPS como fuente autorizada de información científica y técnica en salud pública, ampliado la publicación multilingüe en un entorno de acceso libre, promovido la armonización estratégica y funcional con el sitio web de la OMS, mejorado la interoperabilidad entre fuentes de

información internas y externas de información de salud pública, y facilitado el acceso al contenido de la OPS a los indizadores, navegadores de la web, portales y otros servicios de la web, así como directamente a los usuarios.

172. Un desarrollo asociado con la tecnología de la información y las comunicaciones que apoyó a la estrategia fue el proyecto de unificación de dominios de la OPS, que integró 35 dominios de internet de las representaciones y los centros panamericanos en un único dominio "paho.org", para presentar una identidad institucional uniforme en toda América. El proyecto ha reducido considerablemente la complejidad de la infraestructura, ha simplificado la administración y ha permitido la adopción de enfoques de un solo paso y las iniciativas futuras de computación en nube.

173. La Organización también aprovechó las nuevas plataformas para teleconferencias y colaboración virtual, que han facilitado un aumento notable de la interacción colaborativa a la vez que ha permitido una considerable reducción de costos. Entre el 2006 (cuando se empezaron a utilizar plenamente las primeras herramientas de colaboración virtual) y el 2011, el número anual de reuniones virtuales y de eventos patrocinados por la Organización aumentó de 687 a más de 30 000. A mediados del 2012, la OPS estaba alojando casi 1 000 espacios dedicados a la colaboración virtual para su personal, sus colaboradores externos y otros interesados directos.

174. En el 2011, la OPS lanzó la primera fase de una intranet nueva de la OPS diseñada para dar acceso a la información institucional clave al proporcionar una plataforma integral para la gestión del conocimiento y las comunicaciones. La segunda fase, que se encuentra en proceso de desarrollo, incluye la implantación de una arquitectura nueva de información destinada a que el almacenamiento y la recuperación de la información sean más rápidos, más intuitivos y más fiables.

175. Desde su inicio, la intranet nueva de la OPS ha publicado un gran número de noticias y artículos de interés para los empleados que abarcan temas como las prácticas de gestión y recursos humanos, e incluye varios perfiles del personal.

Sistema de información gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana

176. En el 2010, la Oficina Sanitaria Panamericana inició un proyecto de varios años para modernizar su sistema de información gerencial, conocido como Sistema de Gestión Institucional, al que más recientemente se le dio el nombre de Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS). El PMIS presta apoyo fundamental a los programas de cooperación técnica de la OPS al automatizar la información necesaria para la planificación, gestión de programas, presupuestación, finanzas, gestión de recursos humanos, nómina de sueldos, adquisiciones y evaluación, entre otros.

177. Un comité especial del PMIS analizó los procesos institucionales de la Organización, elaboró un conjunto de principios orientadores y seleccionó diversas opciones para la modernización junto con sus ventajas, inconvenientes y costos calculados. El informe del comité, aprobado por el 50.o Consejo Directivo de la OPS (CD50/7 y CD50/7, Corr.1) en el 2010, recomendaba la modernización del PMIS para alinearlo con el Sistema Mundial de Gestión de la OMS, al tiempo que se tenía en cuenta la condición jurídica separada de la OPS y se velaba por que no hubiera menoscabo de la autoridad de los Cuerpos Directivos ni de los niveles del servicio prestado a los Estados Miembros.

178. De acuerdo con las recomendaciones del Comité del PMIS, la iniciativa de modernización del PMIS procura mejorar la rendición de cuentas y la transparencia, la colaboración, la gestión de los recursos humanos, el apoyo a las operaciones de emergencia y la eficiencia operacional. También pretende simplificar los procesos administrativos; facilitar las operaciones multilingües a nivel de país, subregional y regional; y velar por que la gestión de la información ayude a fortalecer la gestión en la Oficina Sanitaria Panamericana.

Compras, contratación y desempeño

179. La OPS ha aumentado extraordinariamente su actividad de compras en los últimos años, debido en gran parte a la mayor utilización por los Estados Miembros del Fondo Rotatorio y del Fondo Estratégico. Desde el 2000 hasta el 2011, el total de las compras casi se quintuplicó, al pasar de US$ 105 millones a US$ 505 millones. Para responder mejor a esta demanda en constante aumento, la Organización emprendió un proyecto muy importante de transformación de las compras, elaborado luego de varias evaluaciones externas e internas, que tenía como finalidad simplificar los procesos para mejorar la eficiencia y armonizar las estructuras orgánicas para aumentar la eficacia estratégica.

180. Entre los cambios más notables en las prácticas de compras de los últimos 10 años se encuentran el aumento de la delegación de autoridad tanto en la Sede como en los países. Esta tendencia coincidía con otras iniciativas encaminadas a simplificar y descentralizar las funciones en la Organización y forma parte de una actividad a más largo plazo para instituir un modelo nuevo de adquisiciones basado en el "control centralizado con ejecución descentralizada".

181. Para mejorar el desempeño en las compras por los interesados directos tanto internos como externos, la OPS instituyó el uso de tableros digitales, o puntos de contacto digitales que *a*) presentan información sobre el desempeño en un formato gráfico que permite a los usuarios identificar rápidamente problemas de este tipo y ayudar a subsanarlos; *b*) suministran información más oportuna al alejarse de métodos que

necesitan mucha intervención humana para integrar y difundir información; y *c*) facilitan el análisis y el manejo de los procesos de compras con respecto a las metas y los objetivos fundamentales. Los tableros digitales utilizan los indicadores esenciales del desempeño para medir la eficiencia y la eficacia de la actividad de adquisiciones y facilitar las medidas correctivas para cumplir los objetivos y las metas institucionales.

182. El Área de Gestión de Recursos Humanos (HRM) también efectuó cambios para simplificar y aclarar sus modalidades de contratación, principalmente para reducir el tiempo que hace falta para la contratación y facilitar la asignación del personal a sus funciones. Entre estos cambios se encuentran:

a) Armonización de las modalidades de contratación de la Oficina con las del Régimen Común de las Naciones Unidas para lograr la uniformidad y la movilidad interinstitucional.

b) Desarrollo de sistemas automatizados para atender las necesidades urgentes y las dificultades de financiamiento, como el financiamiento a corto plazo.

c) Delegación de autoridad para permitirles a los gerentes tomar decisiones de contratación sin necesidad de una participación amplia de HRM en ciertas situaciones (por ejemplo, contratación de personal que no es de las Naciones Unidas como asesores temporeros y consultores).

d) Elaboración de listas de posibles candidatos a puestos de servicios generales para facilitar la contratación rápida de funcionarios a fin de dar apoyo a proyectos o programas.

183. HRM también puso en práctica medidas para acortar la duración del proceso de contratación para los puestos de tiempo completo:

a) Un sistema de seguimiento de recursos humanos para facilitar el seguimiento de las solicitudes de contratación.

b) Una herramienta llamada *E-Select* que automatiza la mayoría de los pasos para documentar el proceso de contratación y permite a los gerentes controlar mejor el cronograma de cada fase.

c) Reconfiguración del comité asesor de selección para permitir la mejor programación del proceso de selección.

184. Estas medidas han acortado el proceso de contratación, en promedio, unos tres meses.

185. HRM también mejoró su Sistema de Planificación y Evaluación del Desempeño (SPED) por medio de una nueva herramienta electrónica que permite al personal de la

Sede y las representaciones preparar sus planes de trabajo y sus evaluaciones en línea. El nuevo e-SPED, que empezó a funcionar a principios del 2010, incluye los cuatro idiomas oficiales de la Organización, junto con un curso en línea sobre su uso. El sistema también tiene la capacidad de preparación de informes que permiten a los gerentes vigilar el cumplimiento y promover una mayor rendición de cuentas.

CAPÍTULO IV

EL PROGRESO FUTURO DE LA SALUD PÚBLICA

La consolidación de los logros

186. Los países de la Región de las Américas tienen muchos motivos para celebrar los adelantos sanitarios conseguidos en la primera década del siglo XXI. La Región ha logrado mejoras considerables en cuanto a la esperanza de vida, la protección social en salud, la reorganización de los sistemas sanitarios y el tratamiento, el control o la eliminación de muchas enfermedades infecciosas (véase el capítulo I).7 Un factor que contribuyó a lograr estos adelantos fue un logro igualmente importante pero menos tangible: la consolidación de la salud como un derecho humano fundamental en la agenda política de casi todos los países, incluida la incorporación de este derecho en muchos marcos jurídicos nacionales. Durante la década se logró avanzar incluso con relación al problema de más difícil tratamiento en la Región, la desigualdad, aunque es en esta esfera donde persisten las mayores dificultades. En el presente capítulo se analiza lo que hace falta para consolidar y mantener estos logros, se examinan las metas clave en materia de salud que no se han cumplido plenamente, y se mencionan algunos problemas que están surgiendo y amenazan a la Región a corto plazo.

187. Según se describe en el capítulo I, el gasto sanitario del sector público en la Región creció a lo largo de la mayor parte de la década, aunque no alcanzó los niveles que generalmente se consideran necesarios para lograr la cobertura sanitaria universal. Un reto importante estribará en hacer perdurable la protección social ampliada en materia de salud mediante el aumento suficiente de los presupuestos sanitario y social o la creación de mecanismos innovadores de financiamiento. Al definir estos últimos se debe reconocer que la cobertura universal no puede lograrse si esta se vincula al empleo formal, pues en ese caso habrá que subsidiar la cobertura de una parte de la población. También es importante que los mecanismos nuevos contribuyan a reducir la segmentación (con las desigualdades resultantes) de los sistemas de salud; por ejemplo, incorporando directamente en su seno a otros grupos en lugar de relegarlos a esquemas de cobertura separados que con frecuencia tienen poca calidad u ofrecen menos servicios. Los países que han logrado instaurar sistemas nacionales de salud unificados pueden ofrecer enseñanzas valiosas a este respecto.

[7] En la obra *Salud en las Américas*, edición del 2012, que se publica simultáneamente con el presente informe, pueden consultarse los detalles y el análisis de las tendencias recientes en el ámbito de la salud y el desarrollo en los países de la Región.

188. La cooperación técnica que la OPS/OMS presta actualmente para apoyar la cobertura sanitaria ampliada se centra en las políticas y los mecanismos para financiar la protección social y los sistemas de salud, así como en los estudios sobre la evolución de las desigualdades del sistema de salud, incluidos los análisis del carácter progresivo del financiamiento sanitario y del empobrecimiento que ocasiona el tener que pagar del bolsillo unos gastos sanitarios enormes.

189. Para lograr una protección sanitaria ampliada permanente hay que seguir insistiendo en la reforma y reorganización de los sistemas asistenciales basados en la estrategia de atención primaria de salud. Los esfuerzos en este ámbito han rendido mejores frutos en algunos países que en otros, pero la estrategia mencionada ha sido útil para aumentar la eficacia de los sistemas y mejorar la prestación de servicios.

190. Un componente clave de la estrategia de atención primaria de salud, esencial para la sostenibilidad y la calidad de los sistemas sanitarios, es la creación, el fortalecimiento y la expansión de las redes integradas de prestación de servicios de salud. Para los países que han empezado a implantarlas, el avance requerirá la integración progresiva de diferentes proveedores así como la participación colaborativa de las autoridades sanitarias a los niveles nacional, provincial y local. Cuando se crea una red de este tipo, es importante evitar las relaciones excesivamente jerárquicas entre diferentes categorías de profesionales sanitarios, promoviendo en su lugar un trabajo en equipo basado en la colaboración y el respeto mutuo.

191. El acceso a medicamentos asequibles sigue siendo un requisito fundamental para mantener y ampliar la protección sanitaria. A lo largo de la década anterior, los países han tenido que ajustar sus políticas farmacéuticas para hacer frente a los cambios importantes en este sector. A pesar del aumento de la investigación y el desarrollo en todo el mundo, la tasa de innovación farmacéutica ha descendido, y los beneficios relativos de los medicamentos nuevos son más limitados. Al mismo tiempo, el avance de la globalización ha llevado a una armonización *de facto* de las medidas de protección de la propiedad intelectual, lo que ha dado lugar a patentes de duración más larga (entre 15 y 20 años). Como consecuencia, han aumentado los precios de los medicamentos más nuevos para los sectores público y privado.

192. Siguen siendo útiles las políticas e instrumentos tradicionales que han ayudado a los países de América Latina y el Caribe a aumentar el acceso a los medicamentos. Cabe mencionar la confección y actualización de listas de medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias, el uso de medicamentos genéricos, la reglamentación de la calidad y seguridad, y la promoción del uso correcto. Sin embargo, a medida que ha aumentado la demanda de la cobertura y el acceso universal a los servicios de asistencia sanitaria, ha ocurrido lo mismo con la voluntad política de un número cada vez mayor de gobiernos para promover la innovación biomédica y farmacéutica, una tendencia que la OPS/OMS apoya. También se necesitan mejoras constantes en los sistemas de reglamentación y

asistenciales para lograr el acceso equitativo a productos farmacéuticos y biomédicos de buena calidad.

193. Otro elemento fundamental para afianzar las reformas del sistema sanitario es la creación de modelos de gestión mejorados, incluidos los aplicados para administrar los establecimientos de salud dentro de las redes de salud pública, así como mejores estrategias para la dirección y el desarrollo del personal sanitario.

194. Muchos países todavía padecen escasez de personal sanitario; en particular, varios países del Caribe siguen experimentando una emigración considerable de personal de enfermería. Pero son muchos más los países donde el personal de diferentes aptitudes y niveles de especialización se distribuye de manera desigual. En toda la Región, las zonas urbanas siguen teniendo tasas mayores de personal sanitario por habitantes que las partes rurales y de difícil acceso. Los sistemas basados en la atención primaria de salud requieren una dotación suficiente y una buena distribución de médicos, dentistas, psicólogos, personal de enfermería y otros. La capacitación apropiada y la creación de oportunidades educativas, una distribución más racional, esquemas eficaces de incentivos profesionales y condiciones de trabajo favorables —en particular, medidas para proteger al personal sanitario de los riesgos ocupacionales— son imprescindibles para el personal a todos los niveles y para que los sistemas de salud reorganizados satisfagan las necesidades heterogéneas de diferentes grupos económicos, sociales, culturales y geográficos. Esto también implica mayor colaboración y coordinación entre los sectores de salud, educación y trabajo.

195. Para conservar el terreno ganado por los sistemas de salud se necesita asimismo contar con una capacidad profesional suficiente y su presencia asegurada en los puestos administrativos y directivos de la sanidad. Por este motivo, una meta esencial de las estrategias de recursos humanos debe consistir en lograr que la trayectoria profesional en el sector sea efectiva, atractiva y estable. Esto supone facilitar los medios para que los profesionales puedan adquirir las competencias en determinados campos relacionados con las funciones esenciales de salud pública,[8] que las autoridades sanitarias nacionales deben desempeñar según la recomendación de la OPS/OMS. En los últimos años, la cooperación entre países y la formación de redes —por ejemplo, a través de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica— se han encontrado maneras eficaces de complementar los programas de capacitación y de educación que se

[8] *1*) Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud de la población; *2*) Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; *3*) Promoción de la salud; *4*) Aseguramiento de la participación social en salud; *5*) Formulación de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en salud pública; *6*) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; *7*) Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud; *8*) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; *9*) Garantía de la calidad en los servicios de salud; *10*) Investigación en salud pública; *11*) Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en la salud.

ofrecen en los países. Igualmente esencial resulta contar con salubristas que puedan abogar por el sector de la salud y colaborar en la elaboración de leyes, por ejemplo, para crear marcos jurídicos con miras a consolidar los sistemas sanitarios nacionales y fortalecer a las autoridades sanitarias nacionales.

196. Otras áreas de los sistemas de salud que requieren un fortalecimiento continuo son las de seguridad de la sangre y seguridad radiológica; seguridad del paciente y relaciones proveedor-paciente; evaluación y aplicación de infraestructura y tecnologías médicas; control y mejoramiento de la calidad; servicios de salud bucodental y de salud ocular; sistemas de información sanitaria; sistemas de acreditación de servicios de salud; y hospitales seguros frente a los desastres.

197. Como se señaló en el capítulo I, la Región de las Américas ha sido precursora en el control y la eliminación de algunas enfermedades prevenibles mediante vacunación. Fue la primera región de la OMS en erradicar la viruela y la poliomielitis; posteriormente eliminó la transmisión endémica del sarampión y la rubéola y ha reducido la frecuencia del tétanos neonatal de tal manera que ya no es un problema de salud pública en ninguno de los países, con la excepción de Haití.

198. La consolidación de estos logros notables exigirá mantener unos niveles elevados de cobertura vacunal, así como la vigilancia continua de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y el seguimiento de las tasas de cobertura en la Región. Los países deben permanecer atentos frente al riesgo continuo de que aparezcan casos importados de sarampión, así como corregir las lagunas de cobertura que siguen existiendo en comunidades de difícil acceso y vulnerables. La Semana de Vacunación en las Américas es una iniciativa importante para abordar este último problema. En el ámbito nacional, los países deben seguir generando el apoyo de la población y fortaleciendo el compromiso político indispensable para lograr el financiamiento sostenible de los programas ampliados de vacunación.

199. Aunque la Región ha sido la primera de las regiones en desarrollo en adoptar las vacunas nuevas, varios países todavía no han introducido vacunas nuevas importantes como la antineumocócica y la dirigida contra el virus del papiloma humano. El aprovechamiento de la cooperación técnica y los servicios de adquisición conjunta del Fondo Rotatorio de la OPS/OMS y la Iniciativa ProVac puede ayudar a los países a tomar decisiones sólidas, basadas en datos de investigación, acerca de las vacunas nuevas, así como del uso más amplio de las vacunas subutilizadas, en particular la antigripal. También es importante que los países con la capacidad de fabricar vacunas se involucren en la transferencia de tecnología a aquellos que aún no han explotado su potencial en esta esfera.

200. Otros países aún tienen que afianzar los logros en materia de inmunización fortaleciendo la cadena de frío, estableciendo plenamente los registros de inmunización

nominales y certificando la eliminación del sarampión y la rubéola. La vigilancia de los eventos presuntamente atribuibles a la vacunación también debe fortalecerse.

201. Otra esfera en la cual América Latina y el Caribe se han puesto a la cabeza del mundo en desarrollo es la ampliación del acceso al tratamiento con antirretrovíricos por parte de las personas infectadas por el VIH. Hasta el 2010, lo estaban recibiendo allí 63% de los que lo necesitaban: unas 521 000 personas. Aunada a la disminución de la incidencia, la ampliación de la cobertura del tratamiento con antirretrovíricos contribuyó a lograr la disminución de las defunciones por sida en América Latina y el Caribe entre el 2000 y el 2010. No obstante, más de una de cada tres personas que necesitan este tratamiento no lo reciben, y en algunos países la brecha de tratamiento sigue siendo muy grande, a pesar de las políticas de todos los países que apoyan el acceso gratuito al tratamiento con antirretrovíricos como un derecho humano básico.

202. Para superar estas lagunas en el tratamiento es preciso mejorar el diagnóstico temprano, la remisión de los pacientes y el seguimiento de las personas infectadas con el VIH, así como aumentar la eficacia de las adquisiciones y el uso del tratamiento con antirretrovíricos. En la obra *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe*, publicada en 2012, la OPS recomienda que los países reduzcan el número de pautas terapéuticas utilizando solo los antirretrovíricos más eficaces; eliminar paulatinamente los medicamentos obsoletos, especialmente si son tóxicos; aumentar el uso de mecanismos internacionales de adquisición como el Fondo Estratégico de la OPS; adoptar modelos nuevos de prestación de servicios basados en la información estratégica y la atención centrada en el paciente; ampliar el diagnóstico temprano de la infección por el VIH; y fortalecer la vigilancia de la carga vírica de los pacientes y el número de linfocitos CD4, entre otras medidas.

203. Otros desafíos de la respuesta a la epidemia de infección por el VIH consisten en movilizar los recursos nacionales para reducir la dependencia del financiamiento externo en cuanto al tratamiento con antirretrovíricos; acelerar los programas de transferencia de innovaciones; impulsar el uso apropiado de las pruebas rápidas y los algoritmos de diagnóstico simplificados; aplicar medidas de apoyo al cumplimiento terapéutico; y usar plataformas ubicadas en la Web para seguir de cerca los productos y medicamentos básicos de carácter estratégico.

204. Un problema más grande todavía con que se enfrentan muchos países estriba en integrar plenamente la prevención de la infección por el VIH en las estrategias de salud sexual y reproductiva y atención primaria de salud, haciendo hincapié en los grupos más vulnerables. Esto incluye pruebas de detección del VIH en las embarazadas; la administración de tratamiento con antirretrovíricos a madres y lactantes; y el diagnóstico temprano de los lactantes expuestos, de acuerdo con la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y Sífilis Congénita. La integración de la infección por el VIH en la atención primaria de salud y otras áreas

programáticas puede tener el beneficio agregado de aminorar la estigmatización y la discriminación, así como reducir la dependencia del financiamiento externo para las actividades relacionadas con dicha infección. También hace falta mejorar la coordinación de la atención de la tuberculosis y la infección por el VIH para afrontar el problema de la aparición de ambas en un individuo.

Abordar la agenda inconclusa

205. Según se señaló en el capítulo I, los grandes beneficios de salud logrados por la Región en la década precedente no han alcanzado a todos los países o grupos de población por igual. Dentro de los países y entre ellos existen disparidades significativas en los indicadores básicos como la esperanza de vida, la mortalidad materna y en la niñez, la desnutrición, el acceso al agua potable y el saneamiento, y el acceso a los servicios de salud.[9] La reducción de estas inequidades sigue siendo uno de los grandes retos de salud pública de las Américas.

206. Estas disparidades alcanzan su punto más alto en la mortalidad materna, cuya disminución es uno de los ODM que la Región no está en vías de cumplir. Las disparidades en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de buena calidad —en particular la atención del parto por personal calificado y los métodos anticonceptivos— son el motivo principal por el que la Región no ha logrado avanzar lo suficiente para cumplir el ODM 5.[10]

207. A escala regional, se están emprendiendo iniciativas para acelerar el progreso en la reducción de la mortalidad materna y de menores de 1 año. Cabe mencionar el Grupo de Estudio Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, la Alianza de Salud Neonatal para América Latina y el Caribe, la Iniciativa Maternidades Seguras y las estrategias regionales de la OPS relativas a la morbilidad y mortalidad maternas (CSP26.R13 [2002]) y la salud del recién nacido (CD48.R4 [2008]). Estas iniciativas y la cooperación técnica de la OPS/OMS en esta esfera recalcan las intervenciones basadas en datos de investigación dentro de un proceso continuo de atención de la madre, el recién nacido y el niño, haciendo hincapié en la atención especial a las mujeres vulnerables como las indígenas, las adolescentes y las que viven en comunidades pobres.

208. En los países, las esferas importantes que deben reforzarse son la atención obstétrica básica y los sistemas de remisión de las embarazadas en zonas remotas; la detección temprana y el tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas en los hospitales; los sistemas de información perinatal; y la vigilancia de la mortalidad materna a partir de las defunciones de mujeres en edad fecunda.

[9] Véase *Salud en las Américas*, edición del 2012, donde se ofrecen más datos y se analizan las desigualdades sanitarias en la Región.

[10] Mejorar la salud materna.

209. Los servicios integrales de salud sexual y reproductiva deben incluir prevención, tratamiento, atención y servicios de apoyo para las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH, así como el acceso a métodos anticonceptivos y educación sexual —incluidos los servicios de orientación familiar y los programas de educación de los padres— para prevenir los embarazos de adolescentes y no deseados que aumentan las tasas de fecundidad y exponen a las mujeres a un riesgo innecesario. En muchos países, los métodos anticonceptivos y la educación sexual, que podrían ayudar a proteger la salud y la vida de los adolescentes de ambos sexos, se enfrentan con la oposición de sectores de la sociedad que se hacen oír. Superar las barreras que obstaculizan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (incluidos los derechos de las embarazadas y las madres que amamantan en el lugar de trabajo) es un punto principal de la agenda inconclusa y requiere protecciones legales, poder de decisión y educación individuales, así como aumento de la concientización en las familias, las comunidades y el propio sector de la salud.

210. Otro reto afín es en la incorporación más amplia de las perspectivas de género, grupo étnico y derechos humanos en el sector de la salud. La perspectiva de género es decisiva no solo para la igualdad sanitaria de la mujer sino también para la salud y el bienestar de los hombres. Los hombres y las mujeres tienen necesidades y perfiles de salud diferentes que deben tenerse en cuenta para que las políticas y las intervenciones sanitarias sean eficaces. Un aspecto clave de la integración de las consideraciones de género y de grupo étnico consiste en recopilar datos desglosados para facilitar la elaboración de informes y el análisis de los resultados en materia de salud y las tendencias que son diferentes para los hombres y las mujeres y para los miembros de distintos grupos étnicos.

211. En general, la consideración de estos y otros determinantes sociales requiere el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria a nivel nacional y distrital para producir datos de calidad, oportunos y desglosados que puedan analizarse, notificarse y utilizarse para elaborar políticas, estrategias y planes que contribuyan a reducir las desigualdades sanitarias. La OPS/OMS está brindando apoyo al aumento de la capacidad en estos aspectos, y al mismo tiempo se propone incorporar cabalmente estos principios en su propio trabajo.

212. Del mismo modo que la integración de las perspectivas de género y de grupo étnico, falta mucho por hacer en la Región en cuanto a la relación de la salud y los derechos humanos. Aunque el principio de la salud como un derecho fundamental se acepta en la gran mayoría de los países de la Región y se ha consagrado en varias constituciones, en términos generales, la legislación, las políticas y los planes relacionados con la salud no incorporan aspectos como el derecho a no ser discriminado o el derecho a la protección de la privacidad y el consentimiento con conocimiento de causa. Hay también una necesidad urgente de concientizar con relación a los derechos humanos de los grupos vulnerables, como las mujeres, los niños, los adolescentes, los

individuos con una orientación sexual o de género divergente (el colectivo LGTBI), personas infectadas por el VIH, adultos mayores y personas con discapacidad, entre otros. La discriminación contra los miembros de grupos vulnerables es alta en la Región, está estrechamente vinculada a la violencia y tiene graves repercusiones en la salud tanto física como mental. Se necesitan mejores mecanismos para vigilar, investigar, encausar y sancionar las violaciones de los derechos humanos de los grupos vulnerables, en particular en los servicios de salud. Asimismo, hay una gran necesidad de fortalecer la capacidad de los magistrados, el personal de salud pública, el personal de las prisiones, los miembros del poder legislativo, los agentes de policía y los miembros de los sindicatos para ocuparse eficazmente de los asuntos de derechos humanos en estos grupos. Además, se necesita capacitación en torno a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Por último, se precisan mecanismos para vigilar el cumplimiento de estos y otros instrumentos de derechos humanos en los servicios de salud, las prisiones y los hogares para ancianos, entre otras instituciones.

213. La violencia contra las mujeres y los niños sigue siendo un problema importante en la Región, con graves consecuencias para la salud, el bienestar y el comportamiento a lo largo del ciclo de vida. Se han logrado algunos avances en el mejoramiento de la respuesta a esta violencia, por ejemplo, mediante reformas legales y la prestación de mejores servicios a los sobrevivientes. Sin embargo, es menos lo que se ha realizado en cuanto a la prevención, a pesar de que ha surgido un cúmulo de pruebas científicas sobre métodos eficaces. La cooperación técnica de la OPS/OMS en este ámbito incluye capacitación en línea y seminarios sobre aumento de la capacidad en torno a la prevención primaria de la violencia contra las mujeres y los niños, así como la formulación de políticas y directrices clínicas para la respuesta del sector de la salud.

214. La salud mental sigue siendo un problema apremiante en la agenda inconclusa de la Región. Los trastornos mentales y neurológicos representan un 21% de la carga de morbilidad total en América Latina y el Caribe; no obstante, los recursos para hacer frente a esta situación son insuficientes, se distribuyen desigualmente, y a veces se utilizan de manera ineficaz. Se calcula que la proporción de personas con trastornos mentales que necesitan atención y no reciben tratamiento (la brecha de tratamiento) es de cerca del 65%. La estigmatización, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos multiplican enormemente el sufrimiento humano que ocasionan los trastornos mentales. Las áreas prioritarias para la actuación son la eliminación de la reclusión involuntaria en centros asistenciales y la reorientación de los servicios de salud mental hacia la asistencia comunitaria integrada en la atención primaria de salud.

215. A pesar de la gran reducción de la carga de enfermedades infecciosas en la Región de las Américas, estas siguen afectando desproporcionadamente a los países y los grupos de población más pobres. Esta inequidad es evidente sobre todo en relación con

las denominadas "enfermedades desatendidas" o "enfermedades de la pobreza," que en conjunto representan una proporción de la carga de morbilidad total en la Región mayor que la malaria o la tuberculosis. Abordar estas enfermedades exige mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento en los servicios de atención primaria de salud en las zonas en riesgo. así como fortalecer la vigilancia epidemiológica y el suministro suficiente de los medicamentos necesarios al nivel local. La OPS/OMS se ha asociado con la Red Mundial para las Enfermedades Tropicales Desatendidas y el BID en una iniciativa para eliminar de aquí al 2015 diez enfermedades desatendidas, mediante el apoyo y la promoción de tales medidas en los países afectados.

216. La desnutrición sigue siendo un problema en los grupos más pobres, en particular de comunidades indígenas y de zonas rurales aisladas donde los niveles educativos son bajos. La desnutrición crónica afecta a unos 9 millones de niños en América Latina, y tiene una repercusión enorme sobre el desarrollo físico y el cognoscitivo. Resolver el problema exige contar con una mejor vigilancia y seguimiento de la desnutrición en niños menores de 5 años, así como el acceso garantizado a los micronutrientes por parte de las embarazadas y, más aún, de todas las mujeres en edad fecunda. También se necesitan estrategias de información y educación sanitaria para concientizar sobre los riesgos que entraña la desnutrición. La promoción de la lactancia materna sigue siendo una intervención clave para prevenir la desnutrición.

217. Además de la desnutrición, las condiciones de higiene del medio en las zonas rurales y periurbanas siguen siendo un problema importante desatendido. La contaminación del aire en locales cerrados causados por las cocinas de fuego vivo es un factor contribuyente principal de las enfermedades respiratorias en los pobres de las zonas rurales. Como se mencionó en el capítulo I, la Región en su totalidad está en vías de alcanzar la meta de los ODM para el agua potable; pero 38 millones de personas todavía carecen de acceso a fuentes de agua mejoradas, mientras 117 millones carecen de acceso al saneamiento básico. El crecimiento continuo de la población y la urbanización no planificada entorpecen los esfuerzos para reducir estas cifras. Las intervenciones necesarias son los programas para la vigilancia de la calidad del agua, el aumento de la capacidad local en materia de agua potable y gestión de los residuos sólidos, la promoción del acceso al agua potable como un derecho básico humano y la difusión de tecnologías apropiadas y aceptables para eliminación de desechos.

Los nuevos problemas

218. Abordar la "agenda inconclusa" en materia de salud es fundamental para superar las inequidades que han impedido a millones de personas en la Región de las Américas contribuir plenamente al desarrollo de sus países o participar debidamente de sus beneficios. Pero están apareciendo nuevos problemas de desarrollo y sanitarios que habrán de atenderse para lograr un futuro seguro y saludable para la generación actual y las generaciones futuras.

219. El más urgente de estos problemas nuevos es el aumento de la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que hace tan solo una generación se consideraban enfermedades de los ricos. Ahora se reconocen como una grave amenaza tanto para salud como para el desarrollo en todos los países. La reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles puso el problema en primer plano; pero queda mucho trabajo por hacer para conseguir que los gobiernos cumplan con sus compromisos al respecto.

220. Las enfermedades no transmisibles plantean dificultades enormes a los sistemas de salud, debido a su naturaleza crónica y el rápido crecimiento del grupo de población que tiene más en riesgo: las personas mayores. Además, son especialmente difíciles debido a la complejidad y la multiplicidad de los factores de riesgo y, en consecuencia, el amplio espectro de las medidas necesarias para controlarlas. Con todo, un aspecto positivo es que estas enfermedades se pueden prevenir en gran parte mediante la modificación de un puñado de factores de riesgo, especialmente el consumo de tabaco, el consumo de bebidas alcohólicas, el régimen alimentario deficiente y el sedentarismo. Sin embargo, la prevención exige cambios del comportamiento, que plantea sus propios desafíos.

221. La OPS/OMS y un número cada vez mayor de asociados están colaborando para hacer frente a las enfermedades no transmisibles mediante un enfoque del ciclo de vida, el cual incluye intervenciones que comienzan antes de la concepción, continúan en la lactancia y la primera infancia, luego en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta, y culminan en la edad madura y la vejez. También es fundamental la aplicación de estrategias multisectoriales y el criterio de la presencia obligada de las cuestiones de salud en todas las políticas.

222. Para los sistemas sanitarios, el control de las enfermedades no transmisibles exigirá el fortalecimiento constante de los modelos de atención primaria, en particular las redes integradas de prestación de servicios de salud, poniendo el acento en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para eliminar o reducir factores del riesgo. Esto incluye fomentar la lactancia materna, así como la orientación y educación en cuestiones nutricionales. La ampliación continua de los sistemas de protección sanitaria es también fundamental, en particular para atender a las personas de edad, cuyo número crece día tras día, pero también para reducir los costos vinculados con las enfermedades no transmisibles mediante el impulso a la detección temprana mediante la asistencia y el tamizaje sistemático.

223. Se ha demostrado que en este ámbito las intervenciones dirigidas a toda la población son las más eficaces en función de los costos. Comprenden las medidas prescritas por el Convenio Marco para el Control del Tabaco, que todos menos uno de los países de la Región han firmado y ratificado. Los países han logrado avances notables en aspectos como el aumento de los impuestos y los precios de los productos de tabaco, las

prohibiciones del acto de fumar en los espacios públicos cerrados, y las advertencias sanitarias en los paquetes. Son menos los países que han puesto en práctica las recomendaciones del tratado sobre la publicidad y el patrocinio. Seguir aplicando las disposiciones del CMCT de la OMS debe ser una prioridad máxima y requerirá contrarrestar (y, cuando sea posible, denunciar) las tentativas de la industria tabacalera por socavar las medidas de control del tabaco.

224. El Plan Regional de Acción para Reducir el Consumo Nocivo del Alcohol requiere medidas similares a las del CMCT, así como otras para disminuir el consumo de bebidas alcohólicas, que son un factor de riesgo importante no solo con relación a las enfermedades no transmisibles sino a los trastornos mentales, los traumatismos, la violencia doméstica e interpersonal, la mortalidad en la juventud y las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH. También se necesitan intervenciones dirigidas a toda la población para reducir el consumo de sal (para prevenir la hipertensión arterial) y bebidas azucaradas, y promover un consumo mayor de frutas y verduras.

225. Las causas externas siguen ocasionando una gran mortalidad y discapacidad en la Región de las Américas. Más de 1 millón de personas fueron víctimas de homicidio en la década pasada; los hombres con un riesgo ocho veces mayor que las mujeres y el grupo de 15 a 24 años de edad con el riesgo mayor de todos los grupos de edad. A la cifra anterior se agrega otro millón de defunciones por accidentes de tránsito, lo que se debe en parte a la urbanización acelerada constante sin la infraestructura necesaria ni políticas para la prevención. Las tasas de suicidio son también elevadas, pues representan un 12% de las defunciones por causas externas. Una estrategia de salud pública es esencial para reducir las defunciones y traumatismos por todas estas causas.

226. Al mismo tiempo que la carga de enfermedades crónicas no transmisibles ha aumentado aceleradamente, las enfermedades infecciosas no han desaparecido del panorama epidemiológico de la Región. Aunque la pandemia de gripe por el virus H1N1 de 2009 resultó mucho más leve de lo que muchos habían temido, puso de manifiesto cuán difícil sería para la mayor parte de los sistemas de salud hacer frente a una cepa nueva de virus de la gripe más virulenta, mucho menos a una enfermedad nueva tan virulenta y contagiosa como lo había sido el SARS. Las inversiones de los países en los sistemas de salud pública son un componente esencial de los preparativos de la sociedad.

227. El avance de la globalización y el aumento de los viajes internacionales aumentarán la probabilidad de que un brote epidémico en un país se convierta en una amenaza para otros. Será fundamental que los países sigan fortaleciendo sus capacidades básicas de alerta y respuesta ante epidemias, como lo han venido haciendo como parte de los esfuerzos apoyados por la OPS para cumplir con el Reglamento Sanitario Internacional.

228. Al mismo tiempo que el grupo de personas mayores está creciendo rápidamente, el número de jóvenes que actualmente viven en la Región es el más alto en la historia. La protección y promoción de la salud de niños y jóvenes deben ser una gran prioridad para lograr que materialicen todo su potencial y se conviertan en ciudadanos productivos, gocen de una calidad de vida igual o mayor que la de sus padres, y eviten o retrasen la aparición de enfermedades y la necesidad de atención médica a largo plazo.

229. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio reflejaron el consenso internacional en aumento sobre la importancia de la salud para el desarrollo y el bienestar humanos. Es probable que el tema de la salud desempeñe un papel central en la próxima versión de los objetivos internacionales de desarrollo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible que se han propuesto. Tal como ha ocurrido con los ODM, será fundamental que los partidarios de la salud pública promuevan los nuevos objetivos en los programas de acción nacionales, ayuden a determinar las políticas e intervenciones más eficaces, y movilicen a las partes interesadas para exigir que los gobiernos se responsabilicen de alcanzar los objetivos.

230. Es igualmente indispensable que los responsables de la política, los legisladores, los planificadores y otras personas que ocupan posiciones de responsabilidad reconozcan que las decisiones y las inversiones que hagan hoy influirán en la salud y el bienestar de las generaciones futuras, del mismo modo que las decisiones y las inversiones hechas durante el siglo anterior permitieron los logros relevantes de la salud pública que celebramos hoy.

- - -