



PLAN INTEGRAL PARA EL
Desarrollo de un
Sistema Mesoamericano
de Salud Pública





PLAN INTEGRAL PARA EL

Desarrollo de un
Sistema Mesoamericano
de Salud Pública

Presentación



En la pasada Cumbre del Plan Puebla Panamá celebrada en Campeche, México, el 9 y 10 de abril de 2007, los mandatarios de los países que integran la región acordaron mejorar el diseño institucional del Plan y buscar una mayor articulación con mecanismos similares.

En respuesta al acuerdo, la Secretaría de Salud de México presenta, en este documento, una propuesta para redimensionar las acciones de salud llevadas a cabo dentro del Plan Puebla Panamá.

Porque nuestros países comparten problemas y rezagos en cuanto a su desarrollo social, en la región mesoamericana realizamos esfuerzos de cooperación multilateral con miras al fortalecimiento regional, en particular para afrontar asuntos en materia de salud. Esto es especialmente necesario pues se puede evitar así que los problemas de salud se incrementen rápidamente y se vuelvan más complejos debido a la actual transición epidemiológica y demográfica.

En este contexto, la cooperación multinacional presenta oportunidades para aprovechar los bienes públicos de que disponemos en el área de salud. Por esta razón nos proponemos, a través de una acción concertada, la creación de un Instituto Mesoamericano de Salud Pública enfrentar, de manera directa, problemas como la desnutrición, las enfermedades transmitidas por vectores, la mortalidad materna, y que a la vez sirva para mejorar los sistemas de prevención y fortalecer los programas de vacunación y los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Nuestros problemas comunes de salud tienen soluciones y las políticas públicas y acciones que emprendemos pueden reforzarse y ser compartidas entre naciones y regiones. Estamos también convencidos de que con esta articulación regional podremos convocar a diferentes fuentes de financiamiento que, en combinación con los recursos invertidos por nuestros gobiernos, tendrán mayor impacto. Asimismo, tenemos la convicción de que, a través del Instituto Mesoamericano de Salud Pública, se podrán fortalecer las capacidades regionales y enriquecer el capital humano para combatir, de manera más eficiente, los problemas de salud que aquejan nuestra región.

Este documento representa un trabajo colectivo y se pone a consideración de los países que integran el Plan Puebla Panamá para su discusión y enriquecimiento.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud, México



Plan Integral para el Desarrollo de un Sistema Mesoamericano de Salud Pública

Antecedentes

La región mesoamericana, conformada por México, los países de Centroamérica y Colombia realizan esfuerzos para la integración de iniciativas de cooperación multilateral en salud, con miras al fortalecimiento regional en el marco del Plan Puebla Panamá (PPP). Los países de la región comparten condiciones geográficas, ecológicas y niveles de pobreza similares, así como patrones de migración homogéneos y rezagos comunes en materia de salud.

Situación epidemiológica en Mesoamérica: un perfil compartido

Las necesidades de salud en la región mesoamericana se están incrementando rápidamente y haciéndose a la vez más complejas, debido a múltiples factores epidemiológicos y sociales relacionados con la creciente interacción entre las poblaciones de cada país y en el entorno global.

Los viejos problemas tienden a exacerbarse en el entorno global, aun cuando la cooperación multinacional presenta oportunidades para su solución. Tal es el caso de la desnutrición y las enfermedades transmitidas por vector, como paludismo y dengue; la reemergencia de la tuberculosis asociada a VIH/SIDA; y las deficiencias en la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio que ocasionan tasas de mortalidad materna elevadas. Estos problemas de salud conforman un perfil epidemiológico de carácter regional con determinantes sociales compartidos que pueden beneficiarse de una estrategia de solución que combine la acción nacional con la regional.

Políticas y acciones regionales para problemas regionales

Los Mandatarios de Centroamérica desarrollaron el Plan de Acción de la Alianza para el Desarrollo Sostenible (ALIDES) en 1995, el cual llevó a la creación en 1997 del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA). Este organismo cuenta con la Secretaría de Integración Social Centroamericana (SISCA), donde

destaca la coordinación del sector salud con la conformación del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) y de la Reunión de los Sectores Salud de Centroamérica (RESSCA), órgano que incluye a las instituciones de seguridad social y donde se ha incorporado República Dominicana. El propósito del SICA es desarrollar un programa de largo alcance que dé respuesta a las necesidades de salud de la región y que demanda la realización de alianzas estratégicas, técnico-científicas y financieras que brinden eficiencia y calidad en los esfuerzos de integración regional en salud.

Como parte de este proceso, el COMISCA y la Secretaría de Salud de México y los Comisionados Presidenciales del PPP subscribieron en 2003 el “Memorandum de entendimiento del componente de salud de la Iniciativa Mesoamericana de Desarrollo Humano del Plan Puebla Panamá”. Su objetivo es desarrollar mecanismos de cooperación entre las partes, para llevar a cabo acciones colectivas y coordinadas en una amplia gama de asuntos de salud, que produzcan bienes públicos de beneficio regional y universal, políticas, programas e iniciativas multinacionales cuya repercusión favorable en la salud traspase las fronteras de un país. Los proyectos de salud implementados se destacan en el cuadro I.

Adicionalmente, en el ámbito regional se han ejecutado, entre otros, los siguientes proyectos:

- Proyecto de Información y Comunicación en Salud en Centroamérica (INFOCOM), desarrollado con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para el intercambio de datos e información sanitaria para fortalecer la toma de decisiones.
- Red de la Métrica de Salud (HMN) es una alianza mundial para aumentar la disponibilidad y utilización de la información en salud; entre sus agencias de apoyo financiero se encuentran la Fundación Bill y Melinda Gates, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y la Comisión Europea, entre otros.

Cuadro I. Proyectos de salud implementados por el PPP

Nombre	Financiamiento obtenido	Entidad financiera	Estado
Proyecto Mesoamericano para el Abordaje integral de las poblaciones móviles en VIH SIDA	4.8	Fondo Global para SIDA, tuberculosis y malaria (Capítulo Centroamérica). Asistencia técnica de México. Cofinanciamiento de los países	En ejecución
Programa Mesoamericano de Vigilancia Epidemiológica	1.27	CGPPP-PNUD (Capítulo México); CENAVECE, BID (Capítulo Centroamérica). Financiamiento gestionado por el PPP	En ejecución
Hospitales Integrales con Medicina Tradicional, Puebla	7.7	Secretaría de Hacienda y Crédito Público (México)	Ejecutado
Proyecto Hospitales Regionales de Alta Especialidad	128.1	Secretaría de Hacienda y Crédito Público (México)	Ejecutado

- Red Centroamericana de Prevención y Control de Enfermedades Emergentes y Reemergentes (RECACER). Su propósito es fortalecer el trabajo cooperativo entre los países de la región para vigilar, prevenir y controlar enfermedades transmisibles que representen amenazas comunes.

Otras iniciativas regionales de salud en desarrollo son las siguientes:

- Costa Rica analiza su potencial para expandir el alcance y la extensión de las actividades de su Laboratorio Nacional para establecer el Instituto Costarricense de Salud Pública con cobertura regional.
- El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios para la Salud de Panamá cuenta con la capacidad de un laboratorio de referencia regional sobre VIH/SIDA, con financiamiento del Banco Mundial. Con el apoyo del CDC se ofrece capacitación regional para recursos humanos en salud pública, enfocando sus esfuerzos hacia la pandemia de influenza.
- Los Programas Nacionales de VIH/SIDA en colaboración con ONUSIDA, la Agencia Internacional del Desarrollo de los Estados Unidos (USAID, por sus siglas en inglés) y el Proyecto Regional de VIH/SIDA del Banco Mundial están coordinando esfuerzos para establecer una red de monitoreo y evaluación de VIH/SIDA.
- El Centro de Investigación y Estudios en Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (CIES-UNAN) desarrolla programas de formación y capacitación en salud pública con orientación regional.

Además de estas iniciativas, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México lleva a cabo cuatro colaboraciones regionales con Centroamérica que están en vigor en este momento:

- Proyecto Mesoamericano para la Atención Integral del VIH/SIDA en poblaciones móviles, apoyado financieramente por el Fondo Global para VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria
- Programa de Maestría en Administración de Servicios de Salud de la Universidad de San Carlos en Quetzaltenango, Guatemala, apoyado por la Cooperación Italiana.
- Iniciativa regional “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en Centroamérica y el Caribe”, apoyada por el Programa Mundial de Alimentos y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Proyecto para el análisis situacional de organizaciones relacionadas con la salud pública: una propuesta para Mesoamérica y República Dominicana, financiado por la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IAMPHI).

Hacia un Sistema Mesoamericano de Salud Pública

Este número importante de iniciativas es indicador de la gran capacidad regional para llevar a cabo proyectos y programas de cooperación regional. De especial mención son los proyectos colaborativos para la vigilancia epidemiológica (PMVE)

En 1992, en la VII Reunión del Sector de la Salud Centroamericano (RESSCAD) celebrado en San Salvador se aprobó una propuesta para formar una Red Centroamericana para la Información de Salud y la Comunicación (INFOCOM), para el intercambio de la información sobre las intervenciones planificadas para los problemas de salud prioritarios.

En la XVII Reunión de RESSCAD en 2001, se identificó la necesidad de formar y/o fortalecer los sistemas nacionales de alerta y de respuesta rápida y se creó la Red Centroamericana para la Prevención y el Control de las Enfermedades Emergentes y Reemergentes (RECACER).

En septiembre de 2003, en la ciudad de Washington DC, los Ministros de Salud del COMISCA del SICA, la Secretaría de Salud de México y los Comisionados Presidenciales del PPP de Belice, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México, Nicaragua y Panamá subscriben el “Memorandum de Entendimiento del Componente de Salud de la Iniciativa Mesoamericana de Desarrollo Humano del Plan Puebla Panamá”, cuyo objetivo es desarrollar mecanismos de cooperación entre las partes, para llevar a cabo acciones colectivas y coordinadas en una amplia gama de asuntos de salud, que produzcan bienes públicos de beneficio regional y universal, políticas, programas e iniciativas multinacionales cuya repercusión favorable en la salud traspase las fronteras de los países, entre éstas, los Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica, la Red de Laboratorios Mesoamericana, que operarían de manera armonizada.

En el mismo año, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) de México elaboró el estudio de costo-eficiencia para el desarrollo del Proyecto de Salud del PPP. En mayo de 2007, inició el diseño del componente centroamericano a través de Sistema de Integración Social Centro Americana (SISCA), con el apoyo financiero del BID. En junio de ese año, en la ciudad de Belice, en su XXVI Reunión, el COMISCA adoptó el compromiso de colaborar con el PPP y con el SICA en la implementación del Programa Mesoamericano de Vigilancia Epidemiológica, a través de sus unidades y direcciones de epidemiología. Con esta base, el SICA/SICA con fondos del BID se abocó a la elaboración del Plan de Acción Capítulo Centroamericano del Programa Mesoamericano de Vigilancia Epidemiológica, cuyo diagnóstico situacional indicó, entre otras, las siguientes necesidades:

- Modernizar y rediseñar los sistemas de información existentes en los países centroamericanos, para que puedan responder a las nuevas demandas de los problemas epidemiológicos de la región, para la toma de decisiones y brindar respuestas rápidas a eventos epidemiológicos emergentes.
- El fortalecimiento de los equipos técnicos de cada país, así como la renovación de la tecnología disponible para hacerla útil en toma de decisiones, diseño de políticas, monitoreo de eventos epidemiológicos y evaluación de intervenciones.
- La interconectividad e intercambio de información en un Sistema de Información y de Vigilancia Epidemiológica que facilite las acciones de control de las enfermedades transmisibles, a todos los niveles,
- La capacitación de recursos humanos (sistemas de información, entomología, entre otras), para emprender iniciativas que requieren del manejo selectivo de la información necesaria para la toma de decisiones que permitirán una conducción consistente a todos los niveles.

Este recuento hace evidente la necesidad de desarrollar estrategias de coordinación regional, que permitan el avance solidario, fomentando la cooperación y sumando esfuerzos para los objetivos comunes en materia de intervenciones de salud en la región.

A partir de esta idea, surge la iniciativa de integrar el Programa de Vigilancia Epidemiológica en una iniciativa de largo alcance que incluya temas, cuya atención prioritaria en la región mesoamericana evidencia la necesidad de contar con un Sistema Mesoamericano de Salud, que sea la plataforma para la dar

respuesta eficaz y oportuna a las necesidades de la región. Se identifica como tema transversal el fortalecimiento de las capacidades de la región, por lo que específicamente se propone la creación de un Instituto Mesoamericano de Salud Pública, que serviría como el catalizador de la preparación de recursos humanos que puedan atender las necesidades de salud en la región, incluyendo la promoción de la investigación científica y técnica para avanzar en la solución de las problemáticas que en salud enfrenta la población.

De ahí que el presente documento expone la propuesta del establecimiento de un Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP), por medio del cual se logre incrementar el financiamiento y consolidar la cooperación técnica horizontal en materia de salud en la región. El SMSP requerirá de nuevas estrategias de coordinación para la ejecución de programas, así como para brindar apoyo técnico, en complementación a las acciones que ya se realizan en el ámbito centroamericano.

Se propone que el SMSP se constituya como un consorcio de instituciones académicas, de investigación y desarrollo en salud pública, con el reconocimiento y apoyo institucional de los Ministerios de Salud de los países de la región mesoamericana. El SMSP funcionaría como un mecanismo de coordinación y desarrollo de actividades de cooperación multilateral en salud en Mesoamérica, aprovechando las oportunidades de colaboración que brinda el PPP, complementando a las iniciativas que ya operan en el marco del Sistema de Integración para Centroamérica.

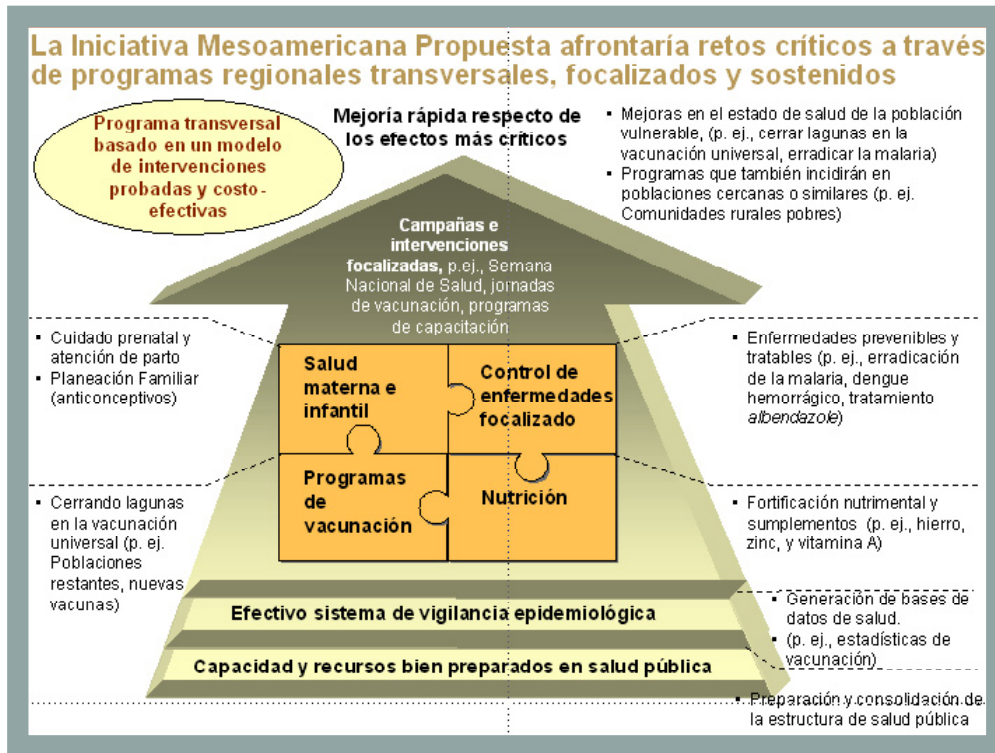
Mediante la participación de organismos internacionales donantes y de cuidado de la salud, así como con la construcción de alianzas estratégicas para la región mesoamericana, es posible identificar y consolidar oportunidades que permitan:

- Cambiar las condiciones de bienestar de la población desatendida e incidir en otras poblaciones que comparten desafíos similares (p. ej., comunidades rurales y pobres).
- Realizar esfuerzos sostenidos y articulados que permitan logros a través de acciones sencillas y de bajo costo.
- Obtener impactos significativos a través de intervenciones costo-efectivas para construir sinergias e implementar soluciones innovadoras, aprovechando los ejemplos que existen en la región.

El SMSP es una alternativa para dar respuesta a los problemas referidos y consecuentemente reforzar las acciones multilaterales del PPP y otras iniciativas similares en salud y desarrollo social que permitan:

- Determinar las necesidades de salud de la población.
- Identificar y atender los requerimientos de infraestructura.
- Facilitar la capacidad técnica de respuesta a la problemática.
- Desarrollar las intervenciones de salud que sean coordinadas y de alto impacto en la población.
- Aprovechar la infraestructura, experiencias exitosas, recursos humanos calificados y programas de educación a distancia.
- Promover la investigación en salud pública en los países.

Propuesta de actividades y proyectos iniciales



Para el desarrollo del SMSP se reconocen dentro de un plan estratégico (figura 1) la necesidad de un organismo coordinador enmarcado en un Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP), cuyas actividades iniciales coadyuvan a:

- Establecer un diagnóstico actualizado sobre las condiciones de salud de la población mesoamericana
- Identificar la disponibilidad de recursos y las necesidades de fortalecimiento.
- Fortalecer las capacidades nacionales para la vigilancia epidemiológica y de respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Diseñar e implementar programas coordinados de salud regionales.
- Instrumentar mecanismos de coordinación regional eficientes.

El Instituto Mesoamericano de Salud Pública

El Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP) será un espacio para la formulación, implementación y evaluación de proyectos regionales en salud. La iniciativa surge de una consulta a instituciones públicas y privadas de carácter académico y de servicios, así como a organizaciones internacionales de cooperación técnica con presencia en la región, la cual fue desarrollada durante 2006.

En esta consulta se identificaron oportunidades e intereses de diferentes organizaciones por conformar un consorcio para impulsar dicha iniciativa. Hasta el momento, se han integrado de manera formal, a través de la firma de un convenio de participación el Instituto Gorgas de Panamá, el CIES de Nicaragua y el INSP de México, con el respaldo de los Ministerios de Salud correspondientes. Se espera la integración gradual de instituciones afines en cada uno de los países de la región y de República Dominicana. Para ello, se está llevando a cabo un estudio (financiado por la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública, IANPHI) para definir las capacidades y necesidades en la región.

Objetivo general

El IMSP tiene como propósito fortalecer la capacidad técnico-científica en la región centroamericana para responder a las necesidades regionales de salud a través de la investigación, la enseñanza y el servicio en salud pública. Se enfocará en la producción regional de bienes públicos regionales.

Organización y financiamiento del IMSP

El IMSP se organizará sobre la base de un consorcio de instituciones académicas y de investigación y desarrollo para impulsar programas de salud pública en el ámbito regional a ser ejecutados por cada uno de los sistemas nacionales de salud de manera coordinada. El IMSP incidirá en la producción de información e inteligencia regional y en la formación de recursos para la formulación de políticas, en la capacitación de mandos medios en gerencia y liderazgo y en el fortalecimiento de la capacidad operativa para el desarrollo de intervenciones regionales de salud.

El IMSP contará con un Consejo Directivo como órgano de gobierno, conformado por los directores de los institutos que firmen el acuerdo de colaboración. Contará, asimismo, con un reducido secretariado que coordinará a sus miembros, gestionará los proyectos y administrará los recursos que se le hagan disponibles. El secretariado identificará a los equipos que llevarán a cabo cada proyecto con base en convocatorias o por asignación directa, siguiendo los lineamientos que para ello se establezcan. Los ejecutores podrán ser miembros de las propias instituciones firmantes del acuerdo, o bien agencias externas, siempre procurándose la capacidad necesaria para la ejecución de los proyectos en la escala regional, así como el fortalecimiento de la capacidad de las instituciones participantes. El IMSP contará, asimismo, con un Grupo Asesor Permanente, compuesto de instituciones internacionales y nacionales con alta capacidad técnica.

El IMSP solicitará el apoyo financiero de agencias internacionales con vistas a establecer fondos que permitan la planeación y operación de proyectos de escala regional.

Estrategias para el desarrollo del IMSP

La planeación estratégica del IMSP se desarrollará con base en el diagnóstico regional a partir de los resultados del estudio impulsado por IANPHI y bajo ejecución del INSP. En paralelo, se iniciará la identificación de necesidades y de fondos para proyectos específicos que presenten claras oportunidades para el desarrollo sustentable. El Consejo Directivo del IMSP se reunirá de manera periódica para analizar estas oportunidades. Con base en estos insumos, se perseguirán las siguientes estrategias:

- a) Consolidar el consorcio del IMSP con la participación y representación de instituciones afines de cada uno de los países de la región y su integración al Consejo Directivo. El nombramiento de nuevos asociados será responsabilidad del propio Consejo Directivo. Se procurará el nombramiento de instituciones afines, con suficiente capacidad para la participación en la conducción regional del IMSP y, de preferencia, con capacidad para aportar recursos técnicos y científicos para la realización de los proyectos que se le encomienden.
- b) Integración del Grupo Asesor Permanente (GAP) con base en el nombramiento por tiempo delimitado y escalonado de expertos nacionales e internacionales. El nombramiento del GAP será responsabilidad del Consejo Directivo.
- c) Nombramiento de un secretariado por parte del Consejo Directivo, a ser ubicado en uno de los países de la región y con el auspicio de una de las instituciones participantes. El secretariado procurará la coordinación de la capacidad técnica y científica de las instituciones firmantes del acuerdo, así como de otras instituciones que se consideren necesarias para la realización de los proyectos. Se enfocará, asimismo, en la gestión transparente, eficiente y responsable de los recursos que les sean asignados.
- d) Creación de un organismo privado no lucrativo como base administrativa del IMSP, desde donde pueda operar de manera transparente y responsable ante todos sus miembros. Dicho organismo habrá de establecerse preferentemente en el país y en las instalaciones de la institución que apoye el IMSP. El Consejo Directivo del IMSP y del organismo no gubernamental serán idénticos.
- e) Establecimiento de un órgano dentro del IMSP para la comunicación de avances y resultados de sus proyectos. Dicho órgano habrá de garantizar su rápida adquisición, análisis, adaptación y aplicación por parte de los sistemas nacionales de salud, así como de los organismos regionales e internacionales.
- f) Gestión y movilización de fondos para el establecimiento del IMSP y para el desarrollo de los proyectos regionales. Se procurará la movilización de fondos complementarios a aquellos que se aplican para el desarrollo de proyectos regionales de beneficio nacional.

El IMSP desarrollará su cartera de proyectos con base en la planeación estratégica antes referida. No obstante, en consultas previas se han identificado diversas oportunidades en el corto plazo, entre las que destacan las siguientes:

- a) **Agenda mesoamericana de investigación y desarrollo en salud pública.** Se pondrán en marcha ejercicios periódicos de identificación que lleven al desarrollo de las prioridades regionales. Esta agenda será ampliamente difundida para enfocar los esfuerzos públicos y privados de financiamiento a nivel nacional y regional.
- b) **Programa de estudios en salud mesoamericana en el ámbito global.** Se coordinarán esfuerzos de investigación en la materia, con el fin de desarrollar proyectos específicos de amplio beneficio regional y global.
- c) **Programa mesoamericano de maestría y doctorado en Salud Pública.** Se convocará a un grupo de estudiantes de la región para solicitar ingreso a los programas de maestría y doctorado en Salud Pública que ofrece el INSP. La integración de universidades y centros de investigación en Centroamérica en el SMSP, permitirá también nuevos esquemas cooperativos para el desarrollo de programas

educativos que por una parte sirvan para fortalecer los sistemas de salud regionales, pero también la capacidad docente regional. Se solicitará un programa especial de becas y se establecerá una red de tutores y docentes en el ámbito regional.

- d) **Asistencia técnica para el SMSP.** El IMSP se ofrecerá para la gestión de fondos, la coordinación de equipos y la realización de proyectos que formen parte de esta iniciativa del PPP. Entre los proyectos que están perfilándose se incluyen el fortalecimiento de recursos humanos, vigilancia epidemiológica, con un especial enfoque en dengue y paludismo, salud materna, vacunación universal, salud del migrante y nutrición. Asimismo, se propone la realización de un Diagnóstico Situacional de Salud regional, que sirva de base para el desarrollo de programas de intervención, a la vez de estudios de impacto de los programas estratégicos de salud.

Componentes de Diagnóstico Situacional de Salud y Programas de Salud Estratégicos

Los Programas de Salud Estratégicos que se proponen se describen a continuación:

Evaluaciones de impacto y económica de intervenciones para Mesoamérica

En la actualidad, los sistemas de salud mesoamericanos se están reformando en busca de su fortalecimiento. En este proceso, los sistemas se enfrentan a grandes retos en común, como lo son las problemáticas de salud emergentes y reemergentes y las limitaciones de recursos para hacerles frente.

Dentro de las acciones para hacer frente de manera más exitosa a las necesidades de salud de la población mesoamericana, se encuentra la necesidad de aumentar el monto de recursos destinado al financiamiento de la salud, pero al mismo tiempo, la necesidad de mejorar la eficiencia con que se usan los recursos actuales y nuevos.

Aunque existe consenso sobre la importancia de implementar estrategias efectivas enfocadas a atender las condiciones de salud de la población, en varias áreas relevantes existe limitada evidencia sobre lo que funciona, bajo qué condiciones funciona y en qué magnitud atiende a la necesidad en cuestión.

Los responsables de las estrategias en salud suelen enfrentarse a una toma de decisiones con información incompleta, la que, por lo mismo, no permite hacer el mejor uso posible de los recursos disponibles, que son siempre limitados.

En ese sentido, la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones y programas de salud es una herramienta indispensable para la toma de decisiones; permite asegurar que los recursos que se están destinando a una determinada actividad están bien justificados, o identificar oportunidades para mejorar las acciones implementadas.

Mediante los métodos de la evaluación económica de tecnologías en salud podemos estimar los costos y los efectos en salud asociados con el uso de una tecnología; además nos permite relacionar las magnitudes de dichos costos con los efectos para facilitar el análisis de decisión entre tecnologías y priorizar intervenciones en salud.

La evaluación rigurosa demanda recursos para llevarse a cabo, pero es posible generar sinergias, ya que la evidencia generada se convierte en un bien público, y tanto más entre más similares sean las poblaciones. Es importante evaluar no únicamente las estrategias nuevas, sino también las que se hacen en la inercia de las actividades de los sistemas de salud, como parte de la atención cotidiana.

Objetivos

El objetivo general de esta propuesta es generar evidencia sobre un conjunto de estrategias para la atención de condiciones de salud prioritarias en la región, que permitan la toma de decisiones bien informadas y eficientes en cada país. Lo anterior se logrará a través de la generación y difusión de estudios de evaluaciones de impacto y económica de intervenciones y tecnologías en salud sobre las problemáticas de salud clave en Mesoamérica.

De esta manera, se buscará contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la población dada la disponibilidad de recursos, tomando en cuenta al mismo tiempo las consecuencias sociales y éticas que implica la aplicación de las tecnologías e intervenciones. Para ello, se proponen los siguientes objetivos específicos:

1. Establecer un grupo de trabajo que, en coordinación con los encargados de las acciones en salud, seleccione el conjunto de estrategias a ser evaluadas, considerando la relevancia regional de las mismas.
2. Formalizar un mecanismo de cooperación para el desarrollo de propuestas de evaluación, que considere la experiencia de los países en el área. Para esto, se propone la realización de una serie de al menos tres talleres, en los que se elaborarán las propuestas de diseño y seleccionarán los países apropiados para cada estrategia, considerando los lugares en los que es posible implementar diseños rigurosos.
3. Implementar las evaluaciones seleccionadas. De los talleres propuestos, resultarán diseños de evaluación y grupos de trabajo con la participación de expertos de la región, que permitirán el apoyo técnico de acuerdo con la experiencia previa.
4. Generar las guías para la conducción de estudios de evaluación económica de intervenciones en salud de acuerdo con el contexto mesoamericano de toma de decisiones y de disponibilidad de información.
5. Identificación de las alternativas de solución disponibles para las principales problemáticas en Mesoamérica.
6. Identificación de la evidencia científica sobre la efectividad de las alternativas de solución disponibles, así como sobre la información de costos de la enfermedad disponible en la región y para cada país.
7. Identificar las brechas de información sobre costos y efectividad indispensables para la toma de decisiones.
8. Diseño de una estrategia de generación de información de costos y efectividad para eliminar las brechas.
9. Generación de modelos matemáticos genéricos con la flexibilidad suficiente para modelar los costos y efectos en salud por la introducción de intervenciones para los problemas de salud prioritarios.
10. Fortalecer la masa crítica de Mesoamérica en investigación y planeación de los sistemas de salud, mediante la formación de profesionales de la salud con conocimientos y habilidades en el campo de la evaluación económica.

Ventajas de hacerlo en el contexto regional

Por un lado, se hace explícito el financiamiento conjunto a un bien público, que por la orientación es más regional que global. Por otra parte, estos proyectos conjuntos permiten compartir experiencias sobre la implementación de evaluaciones rigurosas, en contextos políticos complicados, y proveer de herramientas sobre el valor y ventajas de las evaluaciones.

Encuesta Mesoamericana de Salud y Nutrición

La implementación de programas e intervenciones de salud, así como la operación cotidiana del Sistema de Salud, requiere contar con información sobre los resultados obtenidos. Aunque una parte de esta información idealmente debe provenir de los sistemas de información propios de los servicios de salud, los registros administrativos suelen ofrecer sólo piezas aisladas que no permiten contar con un panorama completo de la situación de la población.

Una Encuesta Mesoamericana de Salud y Nutrición (EMSN) probabilística permitirá obtener información representativa de la población (con representatividad hasta el nivel que los recursos lo permitan y sea necesario para fines de gerencia y análisis) en un esquema comprensivo, considerando todos los aspectos relevantes de forma integral, lo que hace factible no únicamente contar con datos sobre la magnitud y distribución geográfica de las condiciones de salud, sino también sobre su distribución en relación a grupos específicos (por ejemplo, población indígena), así como analizar los factores que se relacionan con estas condiciones y su distribución.

De esta forma, este tipo de encuestas se convierten en un elemento de información para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, a la vez que puede ser parte de evaluaciones de impacto de intervenciones o programas específicos, considerando aspectos de diseño y tamaño de muestra. Encuestas más acotadas son insumos para las evaluaciones de impacto, y es posible planear encuestas para fines distintos de forma paralela o integrarlas en un esquema general, que permitan eficientar el uso de los recursos.

Objetivos

El objetivo general de la EMSN es contar con un diagnóstico sobre el desempeño de los sistemas de salud y las condiciones de salud de la población de la región, que permita por una parte evaluar las estrategias desarrolladas, y por otra priorizar las actividades a implementar de acuerdo con la magnitud y distribución de las condiciones de salud, la posibilidad de intervenciones y las sinergias posibles.

Para el desarrollo de la EMSN, se proponen los siguientes objetivos específicos:

1. Desarrollar el diseño de la encuesta, considerando las temáticas relevantes y la representatividad deseada. Entre las actividades a desarrollar se incluye el marco temático general de la encuesta, los tamaños de muestra regional por país, y posibles unidades menores.
2. Diseñar los instrumentos comunes de recolección de información. A partir de experiencias previas y el diagnóstico de los temas relevantes, se elaborarán los borradores de instrumentos para discusión. La EMSN contará con un conjunto de instrumentos comunes, sobre los cuales cada país podrá agregar

módulos propios, acordando la posición de los módulos adicionales. Se busca contar con datos comparables, por lo que los instrumentos deben procurar respetar secuencia, flujo y orden de la información.

3. Definir las mediciones objetivas a realizar, incluyendo antropometría y toma de muestras biológicas para determinaciones *in situ* o para procesamiento posterior. Se acordarán igualmente procedimientos para las mediciones, tomas y procesamiento de las muestras.
4. Planificar el trabajo de campo: se formará un grupo de trabajo regional, para establecer los criterios generales para el trabajo de campo, que permitan contar con manuales comunes y procedimientos homogéneos. El grupo de trabajo analizará las particularidades de cada país, para proponer un documento metodológico de campo que sea factible de utilizar por todos.
5. Desarrollar sistemas de información para la recolección y procesamiento de datos. Se analizará la posibilidad de recuperar la experiencia mexicana, para la utilización de sistemas de captura simultáneos, es decir, la aplicación de cuestionarios por medios electrónicos en el hogar y la transferencia vía internet de las bases de datos.

Considerando las actividades contempladas en el PPP, se esperan intervenciones regionales que analizadas en conjunto generen información con mayor precisión. Por otra parte, un proyecto regional de este tipo se convierte en una actividad de cooperación técnica y transferencia de conocimientos, experiencias e incluso tecnología entre los participantes. Asimismo, la elaboración de protocolos y sistemas regionales permitirá contar con información comparable.

Fortalecimiento y articulación de los planes para la erradicación de la desnutrición materna e infantil en Mesoamérica

Los principales problemas nutricionales de los niños menores de cinco años en la región mesoamericana, conformada por Centroamérica, los estados del sur-sureste de México y Colombia, siguen siendo el bajo peso al nacer, la desnutrición crónica y las deficiencias de micronutrientes. La prevalencia de bajo peso en la región es de alrededor de 12%; cerca de 2.7 millones de niños en la región (1 millón y medio de niños menores de cinco años en Centroamérica, 575 000 en los estados del sur-sureste de México y alrededor de 600 000 en Colombia) aún presentan déficit de talla asociado con la desnutrición. La situación en la región mesoamericana es sumamente heterogénea.

Aunque la prevalencia global de desnutrición crónica en la región es de 18%, las prevalencias nacionales son muy variables, fluctuando entre casi 50% para Guatemala, 20 a 25% para Honduras y Nicaragua, cerca de 20% para el sur-sureste de México, el Salvador y Panamá, alrededor de 12% para Colombia y para México (datos nacionales) y menos de 10% para Costa Rica.

Los grupos más afectados en deficiencias de micronutrientes son los menores de dos años de edad y las mujeres embarazadas, alcanzando en algunos países prevalencias superiores al 70%. En México, los niños de 12 a 23 meses en los estados del sur tienen una prevalencia de anemia de 42.8%, similar a la de varios de los países en Centroamérica. Se estima que la anemia y las deficiencias de hierro y cinc afectan a cerca de 50% de los menores de cinco años y 25% de las mujeres en edad fértil en la región.

Por otra parte, los países de la región enfrentan diferentes etapas de la transición alimentaria nutricional, la cual se manifiesta con un aumento en las prevalencias de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas.

La prevalencia de sobrepeso en menores de cinco años en la región es de alrededor de 5%. Lo anterior lleva a la necesidad de considerar, en esta iniciativa, la doble carga de la desnutrición y la mala nutrición por exceso.

Efectividad de intervenciones disponibles para la prevención de la desnutrición materna e infantil

Existen varias intervenciones de probada eficacia o efectividad para la prevención y control de la desnutrición materna e infantil y la disminución de la morbilidad y mortalidad, incluyendo la promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada, la distribución de alimentos complementarios fortificados, la entrega de transferencias monetarias condicionadas a la atención de la nutrición y la salud, la fortificación de alimentos o la suplementación con vitamina A y cinc, intervenciones de higiene y saneamiento y el tratamiento de la desnutrición clínica severa, entre otras. Para la prevención de anemia y deficiencia de hierro, también han probado ser efectivos la suplementación con hierro a mujeres durante el embarazo y la fortificación de alimentos o suplementación con hierro en niños menores de cinco años. Las acciones dirigidas a mejorar la nutrición del niño durante el periodo crítico de la gestación y los dos primeros años de vida no aumentan el riesgo de obesidad o enfermedades crónicas; más aún, en la evidencia de aumento en el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, al combinarse la desnutrición durante este periodo crítico con aumentos posteriores de peso, sugiere que las acciones para la prevención de la desnutrición en la etapa temprana redundan también en la prevención de enfermedades crónicas más adelante en la vida.

La conclusión más importante es que de aplicarse estas intervenciones en forma adecuada y a escala masiva para cubrir a la población a riesgo de desnutrición, se reducirían la mortalidad y la carga de enfermedad en casi 25% y la prevalencia de desnutrición crónica en 36%. El éxito de estas intervenciones depende de la capacidad de los países de llevarlas a gran escala, logrando coberturas adecuadas, focalizando a los grupos vulnerables desde el punto de vista nutricional y asegurando la entrega y utilización adecuadas por parte de la población.

Iniciativas centroamericanas para la erradicación de la desnutrición

Los países centroamericanos han desarrollado diversas acciones e iniciativas para el combate a la desnutrición infantil. Recientemente, se conformó la iniciativa regional “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en Centroamérica y República Dominicana”, a través de la cual los gobiernos de la región están emprendiendo una serie de acciones importantes en el campo de la nutrición. El Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) catalizaron este proceso mediante una consulta técnica regional con la participación de representantes de los gobiernos centroamericanos y expertos regionales. En este encuentro se definieron los criterios técnicos para la estructuración de esta iniciativa, incluyendo el desarrollo de planes nacionales, basados en evidencia sólida sobre la efectividad de acciones e intervenciones. Se desarrolló, asimismo, un componente regional en apoyo en la articulación, armonización y coordinación de los esfuerzos de cada país. Esta iniciativa cuenta con el apoyo de los mandatarios y jefes de estado de la región, según fue expresado en la Declaración de Panamá en el Encuentro de Jefes de Estado y de Gobierno del Sistema de Integración Centroamericana (SICA), donde se reiteró el compromiso a esta iniciativa y a las recomendaciones emanadas de la

consulta técnica. Más recientemente, se llevó a cabo la Conferencia Técnica Regional para América Latina “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe”, cuyo objetivo fue apoyar y fortalecer el compromiso y los esfuerzos de la región, a través de una creciente colaboración con y entre los gobiernos e instituciones especializadas para buscar soluciones creativas, factibles y de largo plazo, para la erradicación de la desnutrición infantil. La reunión contó con representantes de los 33 países de América Latina y el Caribe relacionados con la temática, incluyendo los países de Centroamérica, México y Colombia. Estas iniciativas catalizadas por el PMA constituyen la base sobre la que se desarrolla esta propuesta.

Objetivo

Apoyar los planes nacionales para la erradicación de la desnutrición infantil, mediante el fortalecimiento de la capacidad de las instituciones nacionales en el diseño, planificación, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas y programas para la erradicación de la desnutrición en Mesoamérica, facilitando la colaboración horizontal entre países y la articulación, armonización y la coordinación de esfuerzos en la subregión.

Instituciones participantes

La propuesta se enmarca dentro de la Iniciativa Regional “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe”, impulsada por el PMA y respaldada por resoluciones de la SICA, Organización de Estados Americanos (OEA) y la Comunidad Iberoamericana, a la que se invitará a sumarse a los gobiernos de Colombia y México, en el marco del PPP. Se anticipa la participación de los Ministerios de Salud y otros sectores involucrados con la seguridad alimentaria y nutricional y el combate a la pobreza de cada país. Se invitará a participar a organismos multilaterales e instituciones académicas de la región, incluyendo al Programa Mundial de Alimentos, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, el INSP de México y otros organismos e instituciones relevantes.

Desarrollo de bienes públicos regionales para Mesoamérica

La iniciativa presentada por el PMA al Plan Puebla Panamá, plantea acciones de integración regional en el fortalecimiento institucional para el desarrollo y gestión de los planes nacionales de combate a la desnutrición infantil. Incluye la capacitación conjunta de recursos humanos en el diseño, monitoreo y evaluación de políticas y programas, y en la vigilancia, análisis e interpretación de información sobre la situación alimentaria y nutricional nacional y regional, el desarrollo de un sistema de cooperación horizontal que incluya a gobiernos e instituciones de la región y que permita la creación de sinergias de las capacidades regionales en el tema y la coordinación de los esfuerzos regionales en el combate a la desnutrición.

Propuesta de líneas de acción

- l) Fortalecer la capacidad nacional y regional para el combate de la desnutrición y desarrollo de un sistema de apoyo técnico horizontal entre países y la coordinación de acciones regionales en el combate a la desnutrición

- 2) Desarrollar un Sistema de Encuestas Nacionales de Nutrición para Mesoamérica con un conjunto mínimo de indicadores que permitan la comparabilidad entre países y regiones dentro de países y comparaciones temporales. Utilizará la vasta experiencia de países e instituciones nacionales y regionales (como el INSP, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) en la implementación y análisis de encuestas nacionales.
- 3) Apoyar técnicamente en el diseño de intervenciones de probada efectividad, en la selección de beneficiarios para lograr una adecuada focalización de las acciones y en llevar las intervenciones a escalas nacionales, con las coberturas apropiadas, asegurando que la entrega de las acciones y su utilización por parte de la población sean adecuadas.
- 4) Apoyar técnicamente en el monitoreo y evaluación de los programas y políticas nacionales, incluyendo la evaluación de diseño, de desempeño y de impacto.
- 5) Apoyar la formulación de proyectos y gestión de recursos para la implementación de los planes nacionales de combate a la desnutrición.
- 6) Desarrollar un sistema de vigilancia y análisis e interpretación de información sobre la situación alimentaria y nutricional de la región.

Salud de los migrantes

El 10% de la migración internacional del planeta proviene de América Latina, que en las últimas décadas ha pasado de ser una región de fuerte inmigración, a una de alta emigración con carácter tanto interregional como transregional. La intensidad y la escala que ha adquirido el fenómeno han hecho que la migración internacional ocupe un lugar prioritario en las agendas políticas de los países mesoamericanos.

México y los países centroamericanos se caracterizan en la actualidad por ser expulsores de migrantes. En las últimas décadas, la movilidad internacional de la región adquirió un renovado impulso.

Actualmente, en la región mesoamericana la migración es básicamente de carácter laboral y de reunificación familiar.

Una de las tendencias predominantes de estos flujos migratorios es su modalidad indocumentada, con profundas implicaciones para las comunidades de origen, tránsito y destino, y sobre todo para los propios migrantes. El aumento de los riesgos y costos tiene implicaciones directas en la salud de los migrantes, que entre otros se traduce en una integración en la sociedad receptora en circunstancias de profunda desventaja y de extrema vulnerabilidad. Este hecho contribuye de manera decisiva a limitar su acceso a la seguridad médica e influye en el deterioro de su calidad de vida.

Las políticas de algunos países, basadas en la exclusión de los inmigrantes de los servicios sociales, no han reducido los flujos migratorios (inter o transregionales). De hecho, las circunstancias relacionadas con el empleo y el estatus migratorio muestran que a menudo son los migrantes quienes aceptan los trabajos con mayores riesgos, mismos que generalmente no ofrecen un acceso claro a los servicios sociales y/o de salud.

Las crecientes barreras y dificultades de movilidad internacional, así como los insuficientes estímulos económicos y laborales para retornar a los países de origen, han dado como resultado el desgaste de los mecanismos de circularidad migratoria y han aumentado la propensión a una migración más definitiva. Esto tiene una relación directa con la calidad de vida y con la salud de este grupo de población.

Situación actual

La migración potencia que las personas más vulnerables queden excluidas de los mecanismos de seguridad social. Ello deriva, entre otros aspectos, del efecto de la ocupación en empleos de bajos salarios, que generalmente conllevan altos riesgos ocupacionales y son menos propensos a ofrecer beneficios en salud, debido a las restricciones al acceso a los servicios públicos, impuestas a lo largo de las últimas décadas.

La salud de los migrantes requiere de programas y estrategias con una perspectiva regional. Dentro de este abordaje se deben contemplar las enfermedades tanto crónicas como emergentes, sobre todo aquellas exacerbadas por el contexto en que viven, por el tipo de trabajo que realizan y por factores sociales, económicos, lingüísticos y culturales que dificultan el acceso y utilización de los servicios de salud.

Propuesta de líneas de acción

Existen varias iniciativas de salud para migrantes tanto binacionales, interregionales como transregionales. Éstas van desde las auspiciadas por organismos internacionales, como la OPS; aquellas de carácter binacional con la participación de diferentes estados y/o a través de acuerdos bilaterales; y otras con una participación mixta de entidades públicas y privadas en los ámbitos federal, estatal y local, como la Iniciativa de Salud de las Américas (ISA), de la Universidad de California, que involucra al gobierno, la academia, el sector filantrópico y a organizaciones comunitarias. Los países que participan en la ISA son: Estados Unidos, México, Guatemala, El Salvador y Colombia. Este año se incorporarán Honduras y Nicaragua.

De acuerdo con algunos resultados de evaluación, existen ventajas comparativas en cada una de estas iniciativas. Sin embargo, las prerrogativas de esfuerzos no gubernamentales (mixtos en el mejor de los casos) permiten optimizar la disponibilidad de recursos de manera más neutral y creativa, por su misma naturaleza no gubernamental, facilitando el desarrollo de proyectos complementarios con la participación de agencias estratégicas, en tres planos primordiales:

- Desarrollo e instrumentación de acuerdos multilaterales y proyectos de cooperación para lograr el mejor uso de los recursos existentes, el establecimiento de nuevas iniciativas y el fortalecimiento de la capacidad técnico-científica en relación a la salud del migrante.
- Proyectos de promoción y educación en salud que incluyen campañas, publicaciones y disseminación de materiales relativos a la salud con una alta sensibilidad lingüística y cultural.
- Capacitación de profesionales, incluyendo a médicos, enfermeras, estudiantes de medicina, administradores de clínicas y promotores(as) de salud, con un enfoque en las necesidades específicas de salud de la población migrante.

Durante los últimos ocho años se ha venido movilizandoredes y fortaleciendo las comunidades transnacionales en las siguientes áreas mismas que pueden ser la plataforma programática de la cual parta el SMSP en cuanto a la salud del migrante en esta región. Existe una historia de colaboración inter y transregional de más de 12 proyectos de salud implementados con la participación de los ministerios de salud y relaciones exteriores de los países mencionados y con Estados Unidos:

- Prestación de servicios (Semanas Binacionales de Salud y Ventanillas de Salud en los consulados).
- Investigación (Programa de Investigación en Migración y Salud PIMSA, y Red de Investigadores en Migración y Salud, REMIS).
- Formación y capacitación de recursos humanos (Curso de Verano en Salud y Migración, Programas de Intercambio para estudiantes de Medicina, Jornadas Informativas de Salud, Programa Binacional de Promotores de Salud).
- Políticas públicas (Foro Binacional de Políticas Públicas sobre Salud y Migración, producción de reportes y hojas de datos estadísticos).

Ante el diagnóstico regional, resulta imperioso desarrollar iniciativas que permitan enfrentar la crisis de salud que afecta los migrantes en Mesoamérica. Es necesario superar la gestión de los sistemas de salud como una herramienta más del control migratorio.

La sociedad en su conjunto se verá beneficiada al reducir los riesgos de salud que enfrentan los trabajadores migrantes. Éstos particularmente se verán favorecidos al reducir su nivel de vulnerabilidad, en tanto que los empleadores contarán con una fuerza laboral más estable y saludable, y por ende, a la sociedad en general, puesto que los trabajadores sanos contribuyen a la prosperidad de sus naciones y de la región.

El estado de salud de los migrantes constituye un activo esencial para el desarrollo integral de sus capacidades, para el desempeño laboral y su participación social. El contar con una buena salud no sólo beneficia a los propios migrantes y a sus descendientes, sino que tiene implicaciones macrosociales y económicas en el circuito migratorio: origen, tránsito y destino(s).

En este sentido, el IMSP conlleva una fortaleza única para incrementar la capacidad de producir bienes públicos regionales en salud pública, reconociendo que compartimos una población y por lo tanto tenemos que compartir una corresponsabilidad para fortalecer la salud de una de las poblaciones más vulnerables de la región: los migrantes y sus familias.

Programa de salud materna y perinatal

Cada año, en la región de América Latina y el Caribe (ALC), mueren más de 23 000 mujeres por causas relacionadas al embarazo y el parto. Cada una de estas muertes tiene un efecto devastador en la familia, en la comunidad y en la sociedad en general. Las muertes o discapacidades de las mujeres por causas maternas son en su mayoría evitables y se cuenta con el conocimiento, la tecnología y las experiencias para asegurarles a las mujeres un embarazo y parto seguros.

La comunidad internacional y los gobiernos nacionales han adoptado nuevos compromisos para lograr la reducción de la mortalidad materna y cumplir con una de las Metas de Desarrollo del Milenio, que es reducir las tasas de mortalidad materna 75%, de los niveles de 1990, para el año 2015.

Durante 2002 se logró un ciclo de análisis sobre una nueva propuesta estratégica para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Esta propuesta fue presentada para su discusión en las diferentes reuniones de los cuerpos directivos de la OPS.

Las intervenciones claves son:

- a) Contar con políticas públicas y sostenibles de largo alcance.
- b) Asegurar la atención calificada del parto.
- c) Fortalecer la colaboración con los países de la región.
- d) Mejorar y aumentar el acceso a los cuidados obstétrico esenciales de calidad.
- e) Empoderar y educar a las mujeres, sus familias y sus comunidades para tomar decisiones oportunas.
- f) Reforzar los sistemas de vigilancia epidemiológica de la muerte materna.

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo y el parto es innecesariamente alta y aún constituye una tragedia en varios países de ALC. Se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100 000 nacidos vivos, lo que representó en 1995 unas 22 000 defunciones maternas. Aunque la razón de mortalidad materna se ha estancado desde que la maternidad sin riesgo se convirtió en un tema primordial a finales de los años ochenta y principios de los noventa, la mortalidad materna es un tema de salud pública en el que se ha progresado poco en los últimos tiempos.

En todo el continente (incluidos Canadá y Estados Unidos), entre las causas de muerte predominan las obstétricas directas, que superan el 70%. Entre estas causas médicas primarias figuran la hemorragia (25%), la septicemia (15%), las complicaciones del aborto (13%), la eclampsia (12%) y el parto obstruido (8%). Al analizar las causas obstétricas directas (excluyendo el aborto), la hemorragia, la septicemia y la toxemia son las tres causas más comunes, seguidas por las complicaciones del puerperio. Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren generalmente en un plazo de 48 horas. Las defunciones causadas por la hemorragia y la septicemia están más relacionadas con el propio parto. Los trastornos hipertensivos del embarazo son contribuyentes fundamentales de la morbilidad grave y la mortalidad maternas. Estas complicaciones están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad. Además, los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia y la calidad de su atención es, a veces, deficiente.

La OMS ha calculado que por cada muerte materna en la región se producen 135 enfermedades. Estas mujeres tienen, después del embarazo y el parto, problemas de salud crónicos que son prevenibles como prolapso uterino, fístulas, incontinencia o dispareunia. Los datos disponibles indican que las complicaciones del aborto son un importante factor contribuyente de la mortalidad materna.

El embarazo de las adolescentes es un tema fundamental de la maternidad sin riesgo, pues entre las madres adolescentes se da un número desproporcionadamente elevado de defunciones y discapacidades maternas. En los países de ALC, cerca de una tercera parte de las mujeres de edades comprendidas entre 20 y 24 años ya han tenido su primer embarazo a los 20 años. Muchos de éstos son no deseados o inoportunos, por lo que tienen una mayor probabilidad de ocasionar problemas de salud a la madre, bien porque conducen al aborto o porque existe una tendencia menor en este grupo de mujeres a buscar la atención apropiada.

Estrategias

La historia indica que la clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, sino en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible. La OPS promueve actualmente un enfoque más centrado en intervenciones eficaces en función de los costos al nivel de aten-

ción primaria de salud, particularmente implicando y educando a las mujeres, sus familias y las comunidades. Entre dichas intervenciones figuran los cuidados obstétricos esenciales (COE), la asistencia del parto por personal calificado, el tratamiento de las complicaciones del aborto y el mejor acceso a servicios de atención de salud materno-infantil de calidad. Los centros de COE básicos, que deben ser accesibles a todas las mujeres, incluyen maternidades con asistencia calificada. Los componentes clave de un centro COE básicos son: a) tratamiento del embarazo con problemas (anemia, diabetes); b) tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto (hemorragia, septicemia, complicaciones del aborto, eclampsia); c) procedimientos manuales (retirar la placenta, coser desgarros o episiotomías); d) vigilar la dilatación (incluido partógrafo); y e) atención neonatal básica.

Metas y objetivos

En sentido general, las metas de la maternidad sin riesgo son:

- Proteger y promover los derechos reproductivos y los derechos humanos reduciendo la carga mundial de enfermedad, discapacidad y muerte innecesarias que se asocian con el embarazo, el parto y el puerperio.
- Mejorar las condiciones para que las mujeres tengan un parto sin riesgo y sano.
- Garantizar que todos los niños tengan las mismas posibilidades desde su comienzo en la vida.

El sector salud internacional se ha movilizado tras la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo y está comprometido a alcanzar la meta de la Declaración de la Cumbre del Milenio: reducir para 2015 la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes respecto de 1990. Además, se ha recomendado para la región una meta a mediano plazo consistente en reducir las tasas nacionales de mortalidad materna a menos de 100 muertes por 100 000 nacidos vivos, así como mejorar las tasas dentro de cada país, en lo que respecta a las disparidades entre zonas urbanas y rurales.

Líneas de acción (identificación de proyectos específicos)

Intercambio de experiencias exitosas

México, a partir 2000 ha disminuido consistentemente su razón de muerte materna, a un ritmo menor a 4% anual, de un nivel de 72.6 defunciones por 100 000 nacidos vivos con una razón de muerte de 60 defunciones por 100 000 nacidos vivos en 2006.

Este avance es el logro de acciones graduales como la creación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, el cual fue diseñado para contribuir a ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres para cursar el embarazo, el parto y el puerperio de forma segura y saludable, y para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud, con pleno respeto a la diversidad cultural y al ejercicio de sus derechos. El objetivo principal del Programa es que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos, particularmente los relacionados con el derecho a la salud materna, y promover el derecho a la salud de toda persona desde el nacimiento, con énfasis en el desarrollo sano del recién nacido y la prevención de defectos al nacimiento.

La experiencia acumulada en México a lo largo de varios años de introducir experiencias innovadoras, como la sensibilización del personal de salud, la certificación en competencias laborales de las parteras tradicionales, la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas y las auditorías clínico-epidemiológicas de las defunciones maternas a través de la estrategia de Atención Inmediata de las Defunciones Maternas (AIDEM) permiten tener la capacidad de intercambiar éstas buscando beneficiar a los países de Mesoamérica.

Focalización de acciones en población de alto riesgo

Población indígena, población urbano-marginada, a través de:

- Buscar que todas las mujeres embarazadas de municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH) cuenten con atención médica.
- Establecer, difundir y promover la utilización de Posadas de Atención a la Mujer Embarazada en hospitales que atiendan población de municipios con menor IDH y/o distancias mayores a tres horas.
- Aplicar la metodología RAMOS Modificado para mejorar el registro de la muerte materna y sus causas, así como promover alternativas de búsqueda activa en zonas con bajo IDH.

Fortalecer la capacidad de respuesta de las redes de atención y mejorar la calidad de la atención obstétrica

A partir de los años noventa la comunidad internacional comprendió que los partos con asistencia profesional son más seguros y que, cuando surge un problema grave, una embarazada debe tener acceso a un servicio de salud debidamente equipado. Asimismo, brindar cuidados obstétricos esenciales, según la define la OMS, es una estrategia clave que aborda directamente las causas médicas de la mortalidad materna. Con insumos limitados, los establecimientos (hospitales y centros de salud) pueden alcanzar las condiciones para ofrecer ese tipo de atención. Debe establecerse un sistema para que haya personal capaz de tratar las complicaciones obstétricas y las urgencias (incluidas las cesáreas y la atención tras un aborto) las 24 horas del día, y que se disponga de los suministros necesarios, especialmente en zonas rurales.

Las urgencias obstétricas deben tener acceso prioritario al quirófano y a la transfusión de sangre segura, y hay que contar con servicios de anestesia las 24 horas del día, en particular en los centros que proporcionan el primer nivel de atención. Un elemento importante es la disponibilidad y el acceso a una atención de calidad. Varios estudios en la región han demostrado que las mujeres no usarán los servicios si consideran que las han tratado sin respeto, si los servicios no responden a sus necesidades o no son de calidad aceptable. La disponibilidad de la atención de calidad es uno de los factores clave para evitar retrasos y no perder las oportunidades al buscar la atención. De la misma manera, se hace necesario poner énfasis en la calidad de la atención, ya que en países como México ésta se está convirtiendo en el factor principal de la ocurrencia de defunciones maternas.

Fortalecer los programas locales de planificación familiar a través de estrategias regionales consolidadas con énfasis en adolescentes

Promover la integración de los servicios de salud reproductiva (una gama amplia de anticonceptivos, asistencia materno-infantil, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y atención tras el aborto) debe ser un componente esencial de la reforma del sector de la salud, y hay que garantizar el acceso a estos servicios a todas las personas, mujeres y hombres. Además, conviene prestar mayor atención a la educación y a los servicios en salud reproductiva de fácil acceso para los adolescentes, ya que la problemática actual que presenta la región en torno al embarazo adolescente nos obliga a tomar medidas al respecto que impacten de manera decidida en la salud sexual y reproductiva de nuestros adolescentes e influyan de manera directa en la prevención de las defunciones maternas.

Fortalecimiento de la detección y control del cáncer cervicouterino en América Central y México

El cáncer cervicouterino es uno de los dos cánceres que con mayor frecuencia afectan a las mujeres en el ámbito mundial. Cada año cerca de medio millón de mujeres son diagnosticadas y un cuarto de millón muere a causa de esta enfermedad. Como otras patologías asociadas a la pobreza, 85% de estas defunciones ocurren en países en desarrollo. De acuerdo con la OPS, cada año ocurren cerca de 75 000 nuevos casos y aproximadamente 30 000 defunciones en la región de las Américas, excluyendo Estados Unidos y Canadá.

Si evaluamos la carga de la enfermedad, a través de años de vida perdidos, en América Latina y el Caribe se pierden cerca de 340 000 años de vida de mujeres en plenitud de vida, afectando también a sus familias y a la comunidad. El cáncer cervicouterino es altamente prevenible y curable en sus etapas tempranas, por lo que los niveles elevados en nuestra población es un indicador de desigualdad social y en salud y los gobiernos deben hacer esfuerzos por disminuir las brechas y para hacer accesibles los beneficios de las estrategias que han conseguido abatir la mortalidad por cáncer cervicouterino en los países desarrollados.

México y Costa Rica han sido países pioneros en América Latina con programas para el control del cáncer cervicouterino. En México, las acciones de detección por citología cervical o Papanicolaou iniciaron en la década de los sesenta en algunas instituciones de salud ubicadas en zonas urbanas, extendiéndose gradualmente hasta establecer, en la década de los setenta, un programa nacional de detección.

Sin embargo, no se observaron avances significativos sino hasta la década de los noventa, donde la mortalidad disminuyó un 3% anual y a partir de 2000 el promedio de descenso anual fue de 4%, es decir, de una tasa de 24.4 en 1990, México se alcanzó una tasa de 14.6 defunciones por 100 mujeres de 25 años o más.

En América Central no se han observado reducciones significativas de la mortalidad a excepción de Costa Rica, cuya tasa de mortalidad estandarizada por edad se ubicó en 12.1 por cada 100 000 habitantes en 2000. En contraste, países como Nicaragua y El Salvador, mantenían para ese año tasas persistentemente elevadas (OPS, 2004).

Tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino estandarizadas por

País	Tasa de incidencia	Tasa de mortalidad estandarizada por edad
Belice	39.6	16.8
Costa Rica	25.0	12.1
El Salvador	40.6	15.8
Guatemala	39.6	16.8
Nicaragua	61.1	26.1
Panamá	31.2	13.1
México	40.5	17.1

* Por 100 000 habitantes

Objetivos

- Realizar acciones regionales para fortalecer la detección del cáncer cervicouterino y abatir la elevada mortalidad.
- Promover el aseguramiento universal de la detección, diagnóstico y tratamiento.
- Brindar una atención de calidad a través del fortalecimiento de capacidades e incorporación de nuevas tecnologías.

Líneas de acción (identificación de proyectos específicos)

Fortalecer las capacidades locales

A partir del año 2000, México ha disminuido consistentemente su mortalidad, a un ritmo de 4% anual, de un nivel de 19.2 defunciones por 100 000 mujeres de 25 años o más, ha conseguido reducir su tasa de mortalidad a 14.6 defunciones por 100 000 mujeres de 25 años o más en 2006.

Este avance es el logro de acciones graduales que están alcanzando su consolidación. El país ha hecho el esfuerzo por dotar a todas las entidades de la infraestructura necesaria para brindar servicios de detección, diagnóstico y tratamiento. Asimismo, desde el año 2000 hemos contado con el apoyo de la Agencia de Cooperación del Japón para mejorar la calidad de la citología en los estados con niveles más elevados de cáncer cervicouterino.

Esta experiencia está siendo compartida a partir de 2007 con la organización del primer Curso Internacional de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino, el cual se realizó del 26 de noviembre al 7 de diciembre de 2007, y al que asistieron 22 responsables de los programas de cáncer de Belice, Bolivia, El Salvador, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Guatemala.

Para 2008, México está organizando la segunda edición del curso que incluirá una teleconferencia para dar seguimiento a las acciones de mejora de los programas nacionales y en octubre se impartirá el segundo curso teórico práctico en la Ciudad de México y Acapulco, Guerrero.

Focalización de acciones en población de alto riesgo: población indígena, población urbano-marginada

La población más vulnerable al cáncer cervicouterino es la más pobre. México, entre 2000 y 2006, disminuyó 50% la brecha entre los estados con las tasas de mortalidad extremas. Asimismo, tenemos evidencias de que la cobertura de citología cervical que más se ha incrementado es en aquella población ubicada en los deciles de ingresos más bajos. Con base en lo anterior, la intención es compartir las siguientes acciones:

- Identificación e incorporación al programa de aquellas mujeres que nunca se han realizado una citología cervical. Ello, a través de promotores comunitarios y de la reorganización del programa para asegurar el manejo, tratamiento y seguimiento de los casos en las clínicas de colposcopia y centros oncológicos.
- Instrumentar la intervención denominada “Estrategia Integral: Todas las Mujeres”, una opción de prevención, donde se llevan a cabo acciones de detección con base en la citología cervical y la detección del virus del papiloma humano (VPH) en los municipios o localidades con mayor marginación. Esta estrategia se extenderá gradualmente al resto de comunidades, siempre con el criterio de grado de marginación.
- Campañas de promoción de la detección, a través de medios masivos de comunicación, radiodifusoras locales, promotores comunitarios, para invitar a las mujeres a realizarse la detección y hacer estas pruebas gratuitamente.

Mejorar la calidad de la atención

La información, educación y promoción de la salud reproductiva es fundamental para detectar lesiones precursoras del cáncer cervicouterino y dar tratamiento oportuno. Incorporación de nuevas tecnologías como la prueba de VPH, la cual, combinada con la citología cervical es altamente costo-efectiva, para lo cual se requiere crear laboratorios de VPH e incorporar la prueba al programa, con su organización logística específica.

La citología cervical es la prueba de detección por excelencia que ha conseguido disminuir la mortalidad en los países desarrollados. Sin embargo, requiere capacitación y recapitación para mantener niveles adecuados de calidad y que cumpla con su propósito de detectar lesiones precursoras para su tratamiento oportuno. Desafortunadamente, la calidad es deficiente en muchos de nuestros países, por lo que se requiere reformular los programas de capacitación, así como establecer estándares de calidad.

La colposcopia es un auxiliar para el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino que también sufre de problemas de calidad, y adicionalmente, se incurre en sus tratamientos que es necesario contener, para lo cual se requiere también mejorar su calidad a través de la capacitación y certificación de los profesionales que la practican.

Instrumentar aseguramiento universal en la región

El tratamiento del cáncer cervicouterino invasor afecta doblemente a las mujeres enfermas, ya que amenaza su vida y genera gastos catastróficos que quiebran económicamente a las familias de bajos recursos.

México atraviesa por una reforma en salud que ha creado un sistema de aseguramiento con un brazo económico que apoya a las mujeres que sufren cáncer invasor: el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. A casi cuatro años de la creación del Sistema de Protección Social en Salud, los avances han sido vertiginosos, con un crecimiento sostenido de mujeres incorporadas al Fondo mencionado. Consideramos que la experiencia bien vale la pena compartirla y que los países centroamericanos evalúen sus bondades.

Ventajas

Los retos ante el cáncer cervicouterino son similares en toda la región: rezagos sociales, limitado acceso a los servicios de salud de la población más vulnerable y una clara desigualdad social y en salud. Algunos países han avanzado sostenidamente en su esfuerzo por revertir las inequidades en salud y sus experiencias pueden ser compartidas y avanzar de manera coordinada para un desarrollo más armónico en la región.

Programa de vacunación universal

En México, el Programa de Vacunación Universal, creado en 1991, tomó y reorganizó las mejores experiencias de la vacunación en el país, estableciendo el desarrollo de sus actividades en dos grandes estrategias: Vacunación Permanente y Acciones Intensivas.

La Vacunación Permanente se ha ofrecido sistemáticamente en las unidades de salud que cuentan con servicios de inmunizaciones y en el área de influencia de las mismas, mediante las visitas domiciliarias del personal médico, de enfermería y vacunadores. Este servicio se ha otorgado durante todos los días laborables del año, dependiendo de la disponibilidad de los biológicos y del personal de campo. Su principal objetivo es ofertar permanentemente las vacunas que necesita el menor de cinco años para completar su esquema básico, como son, en la actualidad: BCG, Antihepatitis B, Pentavalente (DPaT+VIP+Hib) y Triple Viral (SRP), así como aquellos inmunógenos que se aplican en forma complementaria en diferentes grupos etáreos, tales como las vacunas antiinfluenza, antineumocócicas, heptavalente y de 23 serotipos, antirrotavirus, DPT, SR, antihepatitis B y toxoides tetánico y diftérico, algunas de las cuales se circunscriben a determinada época del año o a grupos poblacionales seleccionados epidemiológicamente.

Las Acciones Intensivas de vacunación se implantaron con el propósito fundamental de elevar las coberturas de vacunación en un periodo muy corto. Su desarrollo se programó antes de la época de mayor incidencia de los padecimientos que las vacunas previenen o cuando las condiciones epidemiológicas así lo exigieran, con el fin de romper la cadena de transmisión del agente causante de la enfermedad inmunoprevenible (bloqueos vacunales).

Las acciones intensivas de mayor trascendencia fueron evolucionando de acuerdo con la necesidad operativa, primero se denominaron Días Nacionales de Vacunación, después Semanas Nacionales de Vacunación y actualmente Semanas Nacionales de Salud.

Las Semanas Nacionales de Salud se han caracterizado por ser el primer evento de salud pública en otorgar a la niñez mexicana acciones integradas de atención primaria, cuyo eje central son las acciones de vacunación. De tal manera que en 1991 la cobertura de vacunación para el Esquema Básico de Vacunación era de 46%, y con las estrategias mencionadas para el 2007 la cobertura fue de 98%. México desea contribuir con el Sistema Mesoamericano de Salud para fortalecer las acciones preventivas en la materia

con el Programa de Vacunación Universal. La región mesoamericana comparte características geográficas, sociales y culturales.

El gasto en salud es heterogéneo en Mesoamérica, siendo el más alto en Panamá con el 6.4% del PIB y el más bajo en Guatemala con el 1.2%. Las coberturas de vacunación con Triple Viral (SRP) en los niños de un año de edad son en promedio de 95% en la región. La mortalidad estimada en los menores de cinco años de edad es 35.9, presentándose la más baja en Costa Rica con 11.6 y la más alta en Honduras con 42.6.

México, con las estrategias de vacunación y la participación intersectorial, se mantiene con coberturas constantes desde hace seis años. Tomamos como ejemplo la cobertura de la vacuna SRP en niños de un año de edad, para la cual nuestra cobertura es superior a 95% desde hace más de seis años.

Considerando que México cuenta con un esquema efectivo de vacunación, debido a que contiene de manera gratuita 13 inmunógenos, que son los que ocasionan la mayoría de la morbimortalidad en los menores de un año de edad, se sugiere evaluar la posibilidad de replicar en la región mesoamericana el esquema de vacunación de México implementado desde 1991, con el cual se buscaría disminuir los eventos adversos graves asociados con la vacunación como lo es la poliomielitis parálitica asociada con la vacuna oral de la poliomielitis, debido a que se está aplicando de manera universal la vacuna inyectable de la poliomielitis. En México, al aplicar vacunas acelulares contra la tosferina, se disminuye el riesgo de que se presenten las crisis convulsivas asociadas con la vacunación contra la tosferina de células enteras, de tal manera que al aplicar vacunas eficaces y más seguras, se obtenga la confianza de los padres. Se amplió la cobertura contra enfermedades prevenibles por vacunación debido a que se está inmunizando contra las enfermedades que causan la mayoría de la morbimortalidad en los menores de un año de edad. Con lo anterior, se contribuirá a disminuir la mortalidad infantil y proteger a la población migrante, evitando el acumulo de susceptibles a enfermedades prevenibles por vacunación en la región.

Vigilancia epidemiológica y control de vectores

La importancia de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) en la protección de la salud de la población, radica en su magnitud y trascendencia, así como en los factores favorecen su transmisión: México, Centroamérica y Colombia reúnen características socioeconómicas y ambientales en gran parte de país que hacen posible la proliferación de los mosquitos vectores del dengue. Solamente en México se estima que 60% del territorio nacional donde residen más de 50 millones de personas en riesgo de infección, presenta dichas condiciones; lo mismo sucede en otros países de la región. La importancia de lo anterior radica en que ahí se localiza la mayor parte de los centros agrícolas, ganaderos, industriales, pesqueros, petroleros y turísticos de importancia para los países.

La presencia de las enfermedades transmitidas por vector como el dengue y la malaria comparten la región factores de riesgo comunes que deben ser atendidos de manera inmediata con acciones coordinadas, simultáneas y oportunas que incluyan bajo una visión de cooperación multilateral, la coordinación de esfuerzos y recursos para la contención efectiva. Destacan al respecto: a) riesgo compartidos de salud por condiciones geográficas y ecológicas similares; b) niveles elevados de pobreza y marginación; c) rezagos en materia de salud comunes; d) multiétnicidad y poblaciones vulnerables; e) infraestructura de servicios básicos deficientes; y f) movilidad poblacional elevada en la región. Por lo mismo, se requiere optimizar recursos y reforzar las acciones operativas de manera permanente, enfatizando en la vigilancia

entomológica, lucha antivectorial con acciones de manejo integrado, diagnóstico y detección temprana de casos, y el manejo apropiado de casos de dengue clásico, hemorrágico y las formas graves de malaria por *P. falciparum*, entre otros. En este contexto cabe señalar que en todos los países centroamericanos se puede evidenciar que en los sistemas de vigilancia epidemiológica se mantienen y priorizan como principales líneas de acción, las siguientes:

- Recepción de la notificación de casos. Sistematización en el nivel local de la cobertura, calidad y oportunidad en el envío de la información epidemiológica.
- Actualización y elaboración de los sistemas de cómputo de apoyo. Esta línea de acción se orienta a la consolidación, desarrollo y generación de herramientas de desarrollo informático que permitan sistematizar el registro, procesamiento, análisis y utilización oportuna de la información generada por la vigilancia epidemiológica en apoyo a las acciones de atención a la salud.
- Supervisión de los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica.
- Establecimiento de mecanismos de monitoreo permanente de las acciones de la vigilancia epidemiológica para definir y reorientar políticas, programas y acciones en los diferentes niveles técnico-administrativos.

Un factor común lo constituye la necesidad de corregir la deficiencia marcada en el análisis y uso de la información en apoyo a las acciones de prevención y control de dengue, malaria y otras enfermedades transmitidas por vector. Por ello, los objetivos comunes en los Sistemas de Vigilancia en la Región deben considerar:

- Actualización de forma permanente el conocimiento del comportamiento de las enfermedades en un país, región o localidad.
- Estudio de la susceptibilidad y el riesgo de la población a las enfermedades bajo vigilancia.
- Definición y aplicación de medidas de control adecuadas a cada nivel de resolución y evaluar su impacto y finalmente, apoyo a la planeación y operación de los servicios de salud, en el marco de las acciones de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.

En el ámbito mundial, el dengue es la enfermedad viral transmitida por artrópodos (arbovirosis) de mayor magnitud desde hace más de 25 años. Se le considera como la enfermedad emergente más importante y de mayor trascendencia en América Latina, lo mismo que en otras regiones del mundo. La presencia del dengue se asocia con el ambiente urbano doméstico, con los hábitos de la población, con la deficiencia de algunos servicios básicos como el suministro de agua y la adecuada recolección de basura. La fiebre por dengue contribuye a generar uno de los grandes problemas de salud pública mundial, con altas tasas de morbilidad y muerte, capaz de bloquear las actividades económicas de ciudades y países y colapsar los servicios de salud de cualquier región cuando se presentan epidemias de fiebre hemorrágica por esta enfermedad. Es un desafío para el control y la vigilancia epidemiológica del siglo XXI.

Actualmente se realizan esfuerzos para la mejora continua de las acciones de prevención y control del dengue, malaria y otras enfermedades transmitidas por vector en todos los departamentos y entidades federativas de los países de la región, así como en atender con oportunidad y eficacia los brotes activos. En lo que se refiere a la presencia del dengue, se vincula estrechamente a la circulación del virus, vectores,

criaderos y personas susceptibles, por lo que su contención requiere del fomento de una cultura de auténtica prevención y protección de riesgos, desarrollo de conocimientos y actitudes proactivas de la población para el manejo y eliminación asociados con ésta y otras enfermedades transmitidas por vector.

Dengue

Dengue en las Américas

En las últimas dos décadas, la incidencia de dengue en el Continente Americano ha mostrado un comportamiento ascendente con periodos interepidémicos, de aproximadamente tres a cinco años. En los últimos cinco años, América Latina ha experimentado un aumento inusitado de casos de dengue y dengue hemorrágico. El número de casos se ha incrementado de 267 000 casos en 2003 a casi 465 000 en 2006. De éstos, la mayor proporción corresponde a Brasil, país que ha llegado a contribuir con más de la mitad de lo notificado cada año; le siguen en orden de frecuencia Colombia, Venezuela y México, aunque con una magnitud menor, en términos de su participación porcentual. Durante 2007, se tienen registrados alrededor de 1 millón de casos de dengue.

Entre los macrofactores que podrían explicar la presencia y aumento de los casos de dengue, se mencionan los relacionados con el cambio climático que influye en la intensidad y duración de las temporadas de lluvias y huracanes, deficientes servicios urbanos, falta de percepción en los residentes de los riesgos y nulas medidas de autoprotección y prevención, además de movimientos migratorios bidireccionales de personas de zonas endémicas a zonas de riesgo e invasiones de vectores exóticos, todo facilitado por los rápidos medios de transporte actuales.

Todo esto facilita la dispersión del dengue dentro y fuera de los países de la región. Algunos factores específicos dependientes de la población y los propios responsables de la aplicación de medidas antivectoriales, como fallas logísticas y operativas, cobertura insuficiente y falta de una estrategia de manejo integrado de vectores, se relacionan también con la persistencia de la enfermedad. Para la atención de la problemática asociada con el dengue en la región se proponen los siguientes objetivos y estrategias:

Objetivos

- Mantener la letalidad de dengue hemorrágico por debajo de 1%.
- Prevenir la dispersión del dengue en la región.
- Atención oportuna a emergencias que pongan en riesgo la salud de la población y la diseminación de enfermedades emergentes.
- Fortalecer la capacidad de análisis para la vigilancia epidemiológica en apoyo a la toma de decisiones.

Estrategias

- Estratificación epidemiológica e identificación de zonas de riesgo compartido.
- Criterios y procedimientos para el manejo integral del dengue, malaria y atención de urgencias epidemiológicas.

- Sistema Regional de Información Epidemiológica.
- Activación del reglamento sanitario internacional.
- Grupos regionales para incrementar la capacidad de respuesta regional.
- Desarrollo de competencias técnicas e intercambio de experiencias exitosas.
- Desarrollo de una Red Regional de Laboratorios de Dengue.
- Mecanismos de compras consolidadas para la región.
- Estrategias regionales de promoción y comunicación de riesgos.
- Cooperación multilateral e incorporación de instituciones académicas.

Malaria

Antecedentes

El impacto en la salud en las poblaciones es mayor en las regiones tropicales y subtropicales. Se estima que cada año ocurren 500 millones de casos nuevos y hasta 3 millones de muertes. En América Latina, principalmente en la Cuenca Amazónica, la enfermedad causa en promedio 1 millón de defunciones anualmente. En las Américas 70% de la población reside en áreas con riesgo de transmisión, donde tres de cada cuatro casos corresponden a *P. vivax*, uno de cada cuatro a *P. falciparum* y menos de 1% corresponde a *P. malariae*.

De los 21 países endémicos, 11 pertenecen a Sudamérica, en ellos se registran 73% de los casos por *P. vivax*. En América Central 94% de los casos corresponde a *P. vivax*, mientras que en República Dominicana y Haití la totalidad de los mismos son por *P. falciparum*.

Los casos de paludismo se encuentran focalizados geográficamente y sus características epidemiológicas varían de una región a otra. Debido a lo anterior, las actividades de prevención y control para cada una de las regiones de riesgo de malaria deben de llevarse a las características de las áreas y grupos de población afectada.

Los factores de riesgo que inciden en la carga de la enfermedad incluyen: factores climáticos, variedad de vectores involucrados en la transmisión, hábitos y costumbres de la población, índice de desarrollo humano de las localidades afectadas, resistencia a los medicamentos e insecticidas y la falta de medidas oportunas de atención a la población afectada. La malaria es producto de una cultura de falta de conciencia y desconocimiento sobre los factores que inciden en la enfermedad así como de la actitud de las familias hacia las medidas de autocuidado y protección de la salud, lo que incluye el saneamiento básico en la vivienda y en el entorno de la comunidad.

Los programas nacionales de lucha contra la malaria no disponen de recursos económicos suficientes, lo mismo que personal capacitado en los distintos niveles de gobierno para el desarrollo de las acciones de prevención y control y de comunicación de riesgos. En este contexto, se reconocen limitaciones programáticas presupuestales que inciden en el adecuado funcionamiento de los programas y la coordinación interinstitucional de los distintos actores para la contención de la enfermedad, lo que repercute seriamente en la presencia de casos, brotes y situaciones de riesgo en la población.

El comportamiento epidemiológico de la malaria se define por la interacción de los patrones de transmisión, presencia de parásitos y mosquitos vectores, así como movimientos migratorios y acceso a los

servicios de salud. En estos y otros factores se deben centrar las prioridades, objetivos y estrategias de los programas nacionales de Prevención y Control de la Malaria en los países según se establece a continuación.

Objetivos

- Erradicación de la transmisión autóctona de la región.
- Fortalecer los programas nacionales de malaria, con prioridad en localidades y municipios de alto riesgo.
- Incrementar la cobertura, calidad y oportunidad de la información epidemiológica y la evaluación del impacto.
- Definir grupos y áreas de riesgo para la focalización de medidas de prevención y control.
- Detección oportuna de casos importados y referencia de pacientes en poblaciones móviles.
- Establecer mecanismos regionales para la certificación de Áreas Geográficas Libres de Malaria.

Estrategias y líneas generales de acción

En la actualidad es necesario mantener una visión de trabajo multidisciplinario con un enfoque de trabajo en equipo que permita la colaboración entre los servicios de salud públicos y privados con las diferentes organizaciones de la sociedad civil, la industria química y farmacéutica, y la corresponsabilidad de la población para generar medidas eficaces de control y prevención de la malaria. Para el logro de los objetivos antes señalados es indispensable la colaboración multilateral con la integración de los organismos internacionales de cuidados para la salud y de apoyo financiero que permitan una atención integrada en la región. La estrategia para el logro de estos fines comprende principalmente:

- Diagnóstico, detección y tratamiento oportunos.
- Vigilancia epidemiológica y entomológica regional.
- Control integrado de vectores con adaptaciones locales.
- Proyectos de investigación operativa para la introducción, mejora e incorporación de nuevas estrategias.
- Sistema de Notificación Regional.
- Capacitación de competencias técnicas.
- Incorporación de las comunidades y autoridades locales en las actividades de erradicación.

Todas las acciones de fortalecimiento y lucha contra el dengue y el paludismo deberán apoyarse en un sistema permanente de evaluación y seguimiento que incluya un sistema de indicadores para la medición de los resultados de las acciones de cooperación multilateral, lo que permitirá alcanzar beneficios regionales y locales de corto y mediano plazo, que comprenden principalmente:

- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica activa con base en los riesgos y daños a la salud en los estados involucrados, en sus componentes de información y diagnóstico clínico oportuno y de laboratorio.
- Mejorar la infraestructura diagnóstica existente.

- Formar recursos humanos profesionales y técnicos de alta calidad y eficiencia, mediante programas académicos formales y observaciones directas de campo.
- Disponer de la infraestructura necesaria en las unidades administrativas de salud, para dar respuesta eficiente y de calidad a los problemas de salud de la región que incluye el Plan Puebla Panamá.
- Formalizar un grupo de enlace entre los nueve países de la región, para dar seguimiento a los compromisos e intercambiar experiencias exitosas en la prevención y control de estas enfermedades.

Financiamiento

Para el desarrollo del Sistema Mesoamericano de Salud Pública, se buscará, a través de los mecanismos de cooperación internacional, el financiamiento por tres vías:

1. Recursos nacionales (técnicos, financieros, humanos, infraestructura, entre otros).
2. Cooperación técnica no reembolsable.
3. Inversiones privadas o mixtas.

Se buscará también generar alianzas estratégicas públicas y privadas, incluyendo universidades, agencias de cooperación internacional, organismos especializados, entre otras, con el objetivo de sumar sinergias para el desarrollo de políticas públicas innovadoras que permitan fortalecer el diseño, planificación, implementación, monitoreo y evaluación de los programas nacionales de salud.

Cabe destacar, que las siguientes instancias han manifestado su interés en conocer a detalle el proyecto del Sistema Mesoamericano de Salud Pública, en virtud de que cuentan con recursos que podrían ser destinados para apoyar esta iniciativa:

- Banco Interamericano de Desarrollo.
- Organización Panamericana de Salud.
- Fundación Bill y Melinda Gates.
- Instituto CARSO para la Salud.

Por otra parte, cabe mencionar que el gobierno español se ha acercado a la Coordinación General del Plan Puebla Panamá en México, para participar en alguna iniciativa regional en materia de salud, señalando la posibilidad de potenciar recursos de dicho gobierno con fondos provenientes de la Unión Europea.

Adicionalmente, la Secretaría de Relaciones Exteriores mexicana trabaja en coordinación con la Secretaría de Salud de México para realizar un foro de donantes con las embajadas acreditadas en ese país, organismos internacionales y fundaciones privadas interesadas en proyectos de salud, para presentar esta propuesta una vez que sea consensuada y avalada por los Ministerios de Salud de la región.

Siguientes pasos

El presente documento se someterá a consideración de los Ministros de Salud de la región mesoamericana el 20 de mayo en Ginebra, Suiza, en el marco de la reunión de la OMS, con el objetivo de que se definan

prioridades, estrategias y enlaces para avanzar en esta propuesta. El punto de enlace designado por los Ministros, participará en una reunión técnica de trabajo a celebrarse en México del 4 al 6 de junio de 2008.

Se recomendaría, una vez que se cuente con los resultados de la reunión técnica, tener la posibilidad de presentar la propuesta final a los Ministros, en el marco de la próxima reunión de COMISCA, para su aprobación. Asimismo, en dicha reunión llegar a un consenso del Ministro que podría presentar dicho proyecto a los Mandatarios de la región en ocasión de la X Cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, a celebrarse el 28 de junio en Villahermosa, Tabasco.

Consideraciones finales

En virtud de que el tema de salud es prioritario en esta nueva etapa del Plan Puebla Panamá, se ha intensificado el trabajo conjunto y coordinado con los mecanismos regionales existentes como el Consejo Mesoamericano de Ministros de Salud de Centroamérica, el Sistema de Integración Social de Centroamérica, así como con los organismos internacionales para sumar esfuerzos en la atención de la problemática que enfrenta la región en la materia.

Como resultado del análisis de las distintas temáticas e iniciativas existentes, se consideraría conveniente desarrollar un Sistema Mesoamericano de Salud Pública, que permita a la región atender situaciones comunes en salud.

A través de la suma de esfuerzos y complementariedad de las iniciativas, se busca lograr una mejor coordinación interinstitucional e intrarregional que fortalezca las capacidades de análisis y respuesta ante enfermedades emergentes y reemergentes, así como para disminuir los riesgos de mortandad por enfermedades prevenibles, mediante el intercambio de experiencias y buenas prácticas.

El objetivo a largo plazo de esta propuesta es contar con investigaciones sólidas que permitan instrumentar acciones preventivas para enfrentar las enfermedades, reduciendo el número de muertes de las poblaciones vulnerables, así como minimizar el riesgo a causa de enfermedades reemergentes.

Como se explica en el documento, se propone en una primera fase abordar temáticas relacionadas con el fortalecimiento de recursos humanos, salud materna, nutrición, vacunación universal y vigilancia epidemiológica.

Tres de estos componentes están enfocados a los primeros años de vida, fundamentales para el desarrollo de los ciudadanos y que tienen un impacto directo en la competitividad de los pueblos mesoamericanos.

En materia de formación de recursos humanos, es un tema transversal que fortalece de manera directa las capacidades de investigación y atención a todas las comunidades de la región.

Por otra parte, en lo relacionado a vigilancia epidemiológica se plantea en una primera fase enfocar los esfuerzos para la erradicación del dengue y paludismo en la región mesoamericana. El fortalecimiento de los sistemas de vigilancia e información epidemiológica nacionales para estos dos vectores servirá como base para la atención de otras enfermedades transmitidas por vector.

Se buscaría, entonces, fortalecer las capacidades nacionales con el fin de tener una región preparada no sólo para atender los Objetivos del Milenio, sino también para fortalecer la capacidad de respuesta en el ámbito regional, que nos permita brindar a nuestras poblaciones las garantías y derechos de acceso a servicios de salud eficientes y oportunos.

