

Armonización de la vigilancia sanitaria interfronteriza: una propuesta vinculante en salud internacional

Héctor Manuel Quirós¹ Hernán Rodríguez González²
y José Fernando Valderrama Vergara³

Forma de citar

Quirós HM, Rodríguez González H, Valderrama Vergara JF. Armonización de la vigilancia sanitaria interfronteriza una propuesta vinculante en salud internacional. Rev Panam Salud Publica. 2011; 30(2):148-52.

RESUMEN

Estudio cuantitativo y cualitativo dirigido a identificar mecanismos y acciones que contribuyan a armonizar la vigilancia de la salud interfronteriza para dar respuestas oportunas y efectivas a eventos que puedan amenazar la seguridad sanitaria internacional. Se analizaron las capacidades de Brasil, Colombia y Perú en tres áreas: a) marco legal y administrativo; b) capacidad para detectar, evaluar y notificar situaciones de riesgo y c) capacidad para investigar, intervenir y comunicar situaciones de riesgo sanitario internacional. La recolección de datos se hizo mediante revisión documental, talleres, trabajo grupal y entrevistas semiestructuradas a actores clave de la vigilancia sanitaria en los tres países. El promedio nacional de capacidades para el trío de países en “marco legal y administrativo” fue de 69,4%; en “capacidad para detectar, evaluar y notificar”, 83,3%, y en “capacidad para investigar, intervenir y comunicar situaciones de riesgo”, 78,7%. Se deben dirigir más recursos hacia acciones coordinadas entre los tres países para fortalecer la vigilancia y el control de la salud pública en sus zonas de frontera.

Palabras clave

Vigilancia sanitaria; áreas fronterizas; cooperación internacional; cooperación horizontal; Reglamento Sanitario Internacional; Brasil; Colombia; Perú.

En los últimos años se ha registrado un renacer alarmante en la prevalencia e incidencia de enfermedades, en particular infecciosas. Tal fenómeno ha tenido mucho que ver con el rápido incremento de los flujos migratorios provenientes de países donde la población no está vacunada y con la popularización de los viajes al extranjero, principalmente a regiones exóticas (1). Es que en este contexto mundial más globalizado e interconectado, se abre la posibilidad de que las enfermedades se propaguen fácilmente a regiones remotas donde o bien estaban

controladas o ni siquiera existían. El cólera, la fiebre amarilla y el dengue son tres ejemplos de propagación transfronteriza, la cual ha exigido redoblar los esfuerzos y la cooperación entre países para fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y control en zonas limítrofes.

El logro de la seguridad internacional en salud pública es sin dudas uno de los principales desafíos que se plantean actualmente en este sector. Compartir la vulnerabilidad implica compartir también la responsabilidad. La seguridad sanitaria internacional requiere una gestión de riesgos apropiada y oportuna que depende directamente de la capacidad de control y respuesta de los países. En este sentido, el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 (RSI) es un instrumento concebido precisamente para prevenir la propagación global de enferme-

dades y tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) —su creadora— como sus “Estados partes”⁴ tienen la obligación de adoptarlo (2). Su contenido constituye un marco legal internacional para las relaciones de los países miembros de la OMS, establece normas para la notificación de riesgos y de enfermedades y recomienda a los países que desarrollen las capacidades esenciales para detectar y controlar enfermedades potencialmente epidémicas (3). La integración de los sistemas de vigilancia y monitoreo epidemiológicos internacionales, en especial en las zonas de frontera, así como la armonización en la implementación del RSI se convierten entonces en una

¹ Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, Medellín, Colombia. La correspondencia se debe dirigir a José Fernando Valderrama. Correo electrónico: josevalderrama@gmail.com

² Organización Panamericana de la Salud, Bogotá, Colombia.

³ Ministerio de la Protección Social, Bogotá, Colombia.

⁴ Los Estados partes son todos los Estados que conforman la OMS, y están obligados a adoptar el instrumento como se aprobó en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo, 2005).

prioridad para fortalecer la seguridad sanitaria nacional e internacional.

Brasil, Colombia y Perú comparten fronteras que presentan un peculiar perfil de riesgo para la salud, resultante de factores ambientales, económicos, sociales, culturales y jurídicos, entre otros, que son determinantes para la diseminación de eventos sanitarios de importancia internacional. Hasta el momento, estos países no han examinado las capacidades de sus sistemas de vigilancia en salud pública a nivel fronterizo, ni han establecido una línea de base para evaluar los componentes estratégicos, tácticos y operativos que ayuden a garantizar la seguridad sanitaria.

Tabatinga (Brasil), con 31 796 habitantes, ha crecido aceleradamente, a un ritmo de 4% anual en las últimas décadas (4, 5). Mientras tanto Leticia (Colombia), con 24 449 habitantes sumando el área rural y urbana, ha crecido a un ritmo algo menor, sin desconocer que alrededor de estas zonas se concentra población indígena que corresponde a casi un cuarto de la población del Trapecio (6). Por su parte, la población de Loreto (Perú) asciende a 891 732 habitantes y, de esta cifra, 564 000 residen en la zona fronteriza con Colombia (2% de la población peruana). Es uno de los ocho departamentos con mayor pobreza del país (71,93%). Cabe destacar también que en el poblado de Santa Rosa, el cual limita con Leticia y Tabatinga, hay un puesto fronterizo donde emigran e inmigran más de 17 000 personas al año. Estas poblaciones limítrofes comparten características eco epidemiológicas particulares y enmarcan una región ideal para iniciar acciones integradas de vigilancia sanitaria internacional. El caso de esta triple frontera es un ejemplo de que, dado el estado del arte, no se han hecho esfuerzos suficientes para adaptar, consolidar y armonizar los sistemas de vigilancia epidemiológica en las fronteras de los países en desarrollo. Sin ir más lejos, en el estudio de Coggon y colaboradores se pueden comprobar las dificultades que enfrentan estos países para definir casos óptimos por la falta de un estándar de oro que equivalga a un diagnóstico satisfactorio (7).

Con el propósito de cumplir con el mandato del RSI, los “Estados partes” de América Latina y el Caribe realizaron un diagnóstico individual de las capacidades básicas de sus sistemas de vigilancia y respuesta en salud pública —en Amé-

rica del Sur, la mayoría se basó en la metodología propuesta por el Mercosur en 2007— pero sin evaluar la cooperación internacional compartida (8). Hay además compromisos de organizaciones intergubernamentales, como UNASUR, cuyos objetivos incluyen elaborar —a partir del plan quinquenal estratégico (2010–2015)— un listado unificado de enfermedades priorizadas para la Región, con sus definiciones de casos estandarizadas y articuladas con el sistema de monitoreo de la red de vigilancia (9). En este marco, se torna perentorio fortalecer en cada país la infraestructura de los servicios y establecer un proceso continuo de desarrollo de las capacidades institucionales que los prepare no solo para detectar oportunamente epidemias de emergencia, sino también para intervenir rápida, efectiva y sostenidamente con medidas de respuesta. Tal armonización entre los sistemas de vigilancia y respuesta permitirá llevar a cabo acciones conjuntas y coordinadas en pro de la seguridad sanitaria internacional, particularmente en zonas de frontera.

Los ámbitos de frontera constituyen en su mayoría espacios insuficientemente integrados a la economía y sociedad nacionales debido a desarrollos diferentes y vulnerabilidad variable entre los países, donde las poblaciones que viven regularmente o circunstancialmente en estos espacios tienen una intensa migración motivada por el comercio legal o ilegal, por trabajo estable o eventual, por turismo y en algunos casos por situaciones políticas o de conflictos.

La ventaja de que los países se preparen coordinadamente para enfrentar y dar respuestas a las emergencias sanitarias de interés internacional radica en que, una vez detectado un evento a nivel local y notificado a la red nacional, regional y mundial, se activarían los mecanismos de los sistemas de alerta, control y manejo de la situación para evitar que se tomen medidas excesivas en contra del comercio y el turismo, fuentes de recursos fundamentales en la economía regional. Más todavía, una respuesta conjunta coordinada permitiría controlar y contener los procesos desatados antes de que se conviertan en una amenaza a la salud pública para la población, tanto la fronteriza como la de todo el país o los países afectados.

El objetivo del presente trabajo fue identificar medidas, mecanismos y acciones que contribuyan a armonizar la

vigilancia de la salud interfronteriza para dar respuestas oportunas y efectivas a eventos que puedan amenazar la seguridad sanitaria internacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio mixto —descriptivo de corte transversal y cualitativo— entre marzo y diciembre de 2010. La muestra estuvo integrada por funcionarios de los ministerios de salud y protección social de Brasil, Colombia y Perú, todos técnicos o tomadores de decisiones responsables de la vigilancia sanitaria nacional e interfronteriza tanto a nivel nacional como subnacional y local. La recolección de datos se efectuó mediante revisión documental (normatividad nacional interfronteriza de los tres países y acuerdos binacionales o trinacionales vigentes), trabajo grupal, talleres y entrevistas semiestructuradas.

El diagnóstico de capacidades de los sistemas nacionales de vigilancia y respuesta en salud pública se llevó a cabo a través de análisis descriptivos y comparativos en tres áreas: a) marco legal y administrativo; b) capacidad para detectar, evaluar y notificar situaciones de riesgo y c) capacidad para investigar, intervenir y comunicar situaciones de riesgo sanitario internacional, teniendo en cuenta la presentación de resultados del instrumento para tal fin diseñado y validado por el Mercosur (7). En los grupos de trabajo se reactivó la propuesta de un tratado de cooperación técnico científica para el fortalecimiento y la armonización de la vigilancia y el control de las enfermedades de interés en salud pública —en las tres fronteras. Asimismo se organizaron y coordinaron las acciones interinstitucionales e intersectoriales para mejorar la situación de salud en estos territorios.

Se hicieron entrevistas semiestructuradas a actores clave de los ministerios de salud y protección social de los tres países evaluados, y a un funcionario del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-COHNU). En estas entrevistas se incluyeron preguntas sobre regulación, diagnóstico, conformación de comités, guías de procedimientos, priorización de enfermedades, recursos humanos y capacidades básicas en vigilancia. Todos los entrevistados brindaron la información solicitada con conocimiento de que sus opiniones serían utilizadas en la investigación y posteriormente publicadas. Los autores se

aseguraron de cumplir con los requisitos éticos correspondientes a este tipo de trabajos.

RESULTADOS

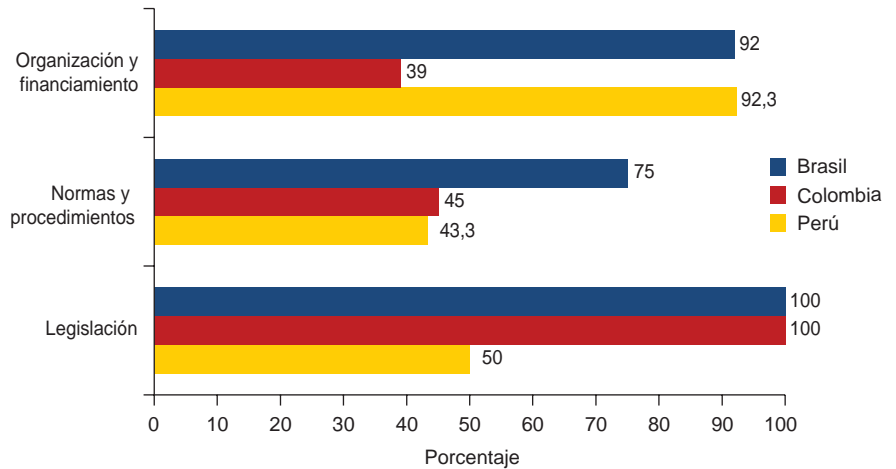
De acuerdo al modelo propuesto y validado por el Mercosur, el análisis de las capacidades de los sistemas nacionales y locales de vigilancia y respuesta en salud pública de Brasil, Colombia y Perú en las tres áreas estudiadas arrojó los siguientes resultados (5). En cuanto al marco legal y administrativo, el promedio de capacidades básicas para los tres países alcanzó a 69,4% —100% representa la capacidad de estructuras y recursos nacionales necesarios en un país para cumplir los requisitos mínimos del RSI. En el caso de la segunda área (capacidad para detectar, evaluar y notificar), el promedio para los tres países fue de 83,3%, mientras que la capacidad para investigar, intervenir y comunicar registró un promedio de 78,7% para los tres países del estudio. En las figuras 1, 2 y 3 se pueden observar estos resultados discriminados según las proporciones individuales de los ítems que componen cada una de las tres áreas.

En el nivel geopolítico local, para Amazonas (Leticia) el promedio en el componente “marco legal administrativo” fue de 92% y para Loreto (Santa Rosa) de 67%, mientras que en “capacidad para detectar, evaluar y notificar” las cifras fueron de 66% para las dos regiones, y en “capacidad de investigar, intervenir y comunicar”, solo promediaron 37% y 48% respectivamente. En el estado de Amazonas (Tabatinga) no se pudo obtener ninguno de estos resultados.

Con respecto a emergencias en salud pública, en 2009 la Red Andina de Institutos Nacionales de Salud Pública (RAIS) realizó una evaluación dirigida a identificar capacidades de protocolos y formularios para investigación y control de emergencias sanitarias, con la participación de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Como se puede ver en el cuadro 1 (se excluyen cuatro países por no formar parte de la trifrontera), Colombia y Perú utilizan regularmente alertas epidemiológicas para los profesionales de salud —además de contar con recursos humanos capacitados para dar respuesta a estas emergencias.

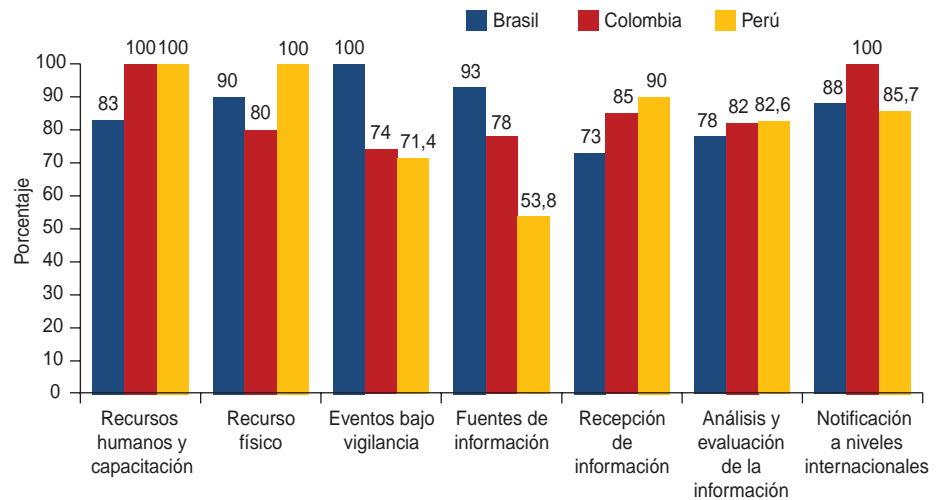
Asimismo, en 2010 se realizaron dos encuentros —uno en Leticia, entre Brasil, Colombia y Perú, y otro en Bogotá, entre

FIGURA 1. Diagnóstico de capacidades nacionales de vigilancia y respuesta sanitaria de Brasil, Colombia y Perú: marco legal y administrativo, 2010



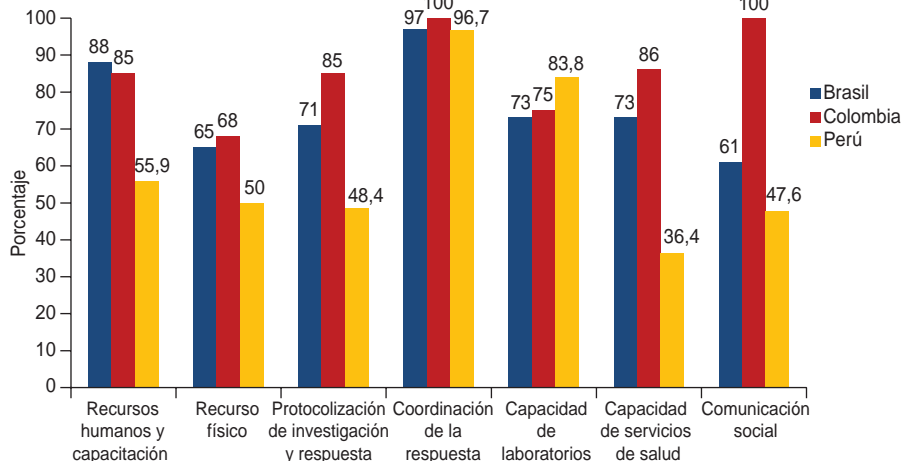
Fuente: elaboración de los autores.

FIGURA 2. Diagnóstico de capacidades nacionales de vigilancia y respuesta sanitaria de Brasil, Colombia y Perú: capacidad para detectar, evaluar y notificar, 2010



Fuente: elaboración de los autores.

FIGURA 3. Diagnóstico de capacidades nacionales de vigilancia y respuesta sanitaria de Brasil, Colombia y Perú: capacidad para investigar, intervenir y comunicar, 2010



Fuente: elaboración de los autores.

CUADRO 1. Protocolos y formularios para investigación y control de emergencias en salud pública, Colombia y Perú, 2009

| Evento | Protocolos de investigación | | Formularios de investigación | | Protocolos de control | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------|------------------------------|----------|-----------------------|----------|
| | Perú | Colombia | Perú | Colombia | Perú | Colombia |
| Poliomielitis | Sí | Sí | ... | Sí | ... | Sí |
| Gripe nuevo subtipo | Sí | Sí | ... | Sí | ... | Sí |
| SARS ^a | Sí | ... ^b | ... | ... | ... | ... |
| Cólera | Sí | Sí | ... | Sí | ... | Sí |
| Peste neumónica | Sí | ... | ... | ... | ... | ... |
| Fiebre amarilla | Sí | Sí | ... | Sí | ... | Sí |
| Fiebres hemorrágicas virales | Sí | Sí | ... | Sí | ... | ... |
| Dengue | Sí | Sí | Sí | Sí | ... | Sí |
| Enfermedad meningocócica | Sí | Sí | Sí | Sí | ... | Sí |
| Sarampión/rubéola | Sí | Sí | Sí | Sí | ... | Sí |
| Malaria | Sí | Sí | Sí | Sí | ... | Sí |
| Rabia | Sí | Sí | Sí | Sí | ... | Sí |
| Genérico sin etiología | Sí | ... | Sí | ... | ... | ... |
| Tuberculosis (resistencia) | Sí | ... | Sí | ... | ... | ... |
| Hantavirus | Sí | ... | Sí | ... | ... | ... |

Fuente: Red Andina de Institutos Nacionales de Salud Pública.

Nota: no existen protocolos ni formularios —en ninguno de los dos países— para los eventos viruela, fiebre del Nilo Occidental, emergencia química y emergencia nuclear.

^a SARS: por sus siglas en inglés, Síndrome respiratorio agudo severo.

^b Sin documentos disponibles.

Brasil y Colombia— donde se priorizaron aspectos clave de seguridad sanitaria, abordándose la integración de los principales componentes de vigilancia sanitaria relacionada con eventos de importancia internacional en zonas fronterizas del trapecio amazónico. En la segunda reunión, el objetivo fue impulsar una agenda conjunta de cooperación técnica e intercambio en salud en la frontera colombo-brasileña.

En relación con las entrevistas realizadas a los expertos de los tres países participantes en el estudio, las medidas y acciones consideradas medulares para fortalecer la vigilancia de la salud pública en las zonas fronterizas del trapecio amazónico fueron avanzar más en vigilancia fito y zoonosana, elaborar un diagnóstico conjunto de la situación de salud, mantener y fortalecer los centros nacionales de enlace, diseñar instrumentos que faciliten la comparabilidad y la comunicación entre las redes en temas de vigilancia, y preparar una “guía única” que permita a los países uniformar las definiciones de caso de los principales eventos sanitarios de importancia internacional.

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo han permitido identificar que las capacidades de los sistemas nacionales de vigilancia y respuesta en salud pública de Brasil, Colombia y Perú son distintas en algunos de los dominios y ponen de manifiesto la

necesidad de desarrollar, mantener y fortalecer su medidas, medios e instrumentos para detectar y comunicar eventos sanitarios de importancia internacional, responder oportunamente y llevar a cabo inspecciones sistemáticas y actividades de control sanitario en aeropuertos, puertos y puntos fronterizos de cruce terrestre. Se requiere además una articulación permanente entre el sector salud y otros sectores tales como ambiente, agricultura, defensa, transporte y sociedad civil.

Indudablemente los tres países han logrado avances importantes en relación al RSI, en especial con la implementación de protocolos de vigilancia epidemiológica y control para diferentes enfermedades humanas y para salud animal. Han progresado además en aspectos regulatorios y normativos para el funcionamiento de laboratorios de salud animal y alimentos, sanidad portuaria y vigilancia epidemiológica en naves y vehículos terrestres, así como en procedimientos ante emergencias sanitarias, organización y funcionamiento de laboratorios de salud humana, y vigilancia y control sanitarios de puntos de entrada fronterizos.

En cuanto a recursos humanos, los tres países cuentan con equipos de respuesta rápida nacionales —y algunos departamentales— y con técnicos y profesionales para atender ciertas emergencias, aunque todavía hace falta fortalecer en número y en capacidad estos recursos de

modo que también se pueda dar una respuesta adecuada a otros tipos de emergencias —como las zoonóticas, las toxicológicas y radiológicas.

No obstante tales avances, en los espacios de frontera estudiados (Leticia, Santa Rosa y Tabatinga) se observa una situación de alta vulnerabilidad dada por las condiciones sociales, económicas y culturales propias de zonas con cierta *invisibilidad*, desatendidas y poco desarrolladas. (No hay, por ejemplo, gran capacidad en recursos humanos, y los equipos, los materiales o las herramientas de notificación son insuficientes.) Tal panorama indica que es perentorio realizar un diagnóstico de la situación de salud en el trapecio amazónico para identificar los aspectos críticos y de esta manera focalizar acciones para mejorarla. Asimismo, esta es una zona que debe ser monitoreada permanentemente (principalmente aeropuertos, puertos fluviales y cruces terrestres) por su alto riesgo de compartir eventos sanitarios inéditos o reemergentes, que la exponen a amenazas latentes generadas por factores climáticos, desventajas en los modelos de desarrollo y condiciones socioeconómicas (p. ej. desplazamientos forzados, pobreza y desempleo) que se traducen en poblaciones extremadamente vulnerables.

Aun cuando no se encontró información para realizar un diagnóstico de las capacidades locales en vigilancia y respuesta en salud pública en los tres países, queda claro que Brasil, Colombia y Perú se están integrando de manera creciente en relación con los principales componentes de vigilancia en salud pública, sobre todo con los que revisten importancia internacional, como es el caso del trapecio amazónico. El presente trabajo propone medidas y acciones para que los tres países articulen aún más la vigilancia epidemiológica y encaren el problema sanitario en sus fronteras compartidas redoblando esfuerzos y asignando más recursos hacia acciones complementarias que fortalezcan las respuestas ante emergencias de salud pública.

Conclusiones

El trapecio amazónico es un espacio de fronteras muy complejo en donde la política exterior, la diplomacia y la asistencia internacional de cada uno de los tres países que lo integran son fundamentales para reforzar la vigilancia epi-

demiológica y preparar respuestas apropiadas ante emergencias internacionales de salud.

El cumplimiento del RSI representa una oportunidad para fortalecer la integración entre los tres países del trapecio —Brasil, Colombia y Perú— de modo que contribuya a construir acuerdos y estrategias de cooperación técnica mutuos destinados a fortalecer los sistemas de salud y articular conjuntamente programas sanitarios en esta zona de frontera.

Hasta el momento no se han publicado diagnósticos de la situación de salud interfronteriza en el trapecio amazónico en relación con la vigilancia y la respuesta en salud pública.

Asimismo, se presentaron dificultades para acceder a datos de los países en relación con sus capacidades de vigilancia y respuesta en salud pública. Tal realidad exige un espacio de reflexión y concertación entre los ministerios de salud —y oficinas de cooperación internacional— de

los tres países para buscar mecanismos que registren y pongan a disposición del público esta importante información.

Por último, se observó en el área estudiada una situación de alta vulnerabilidad dada por las condiciones sociales, económicas y culturales propias de zonas con cierta invisibilidad, desatendidas y poco desarrolladas. No hay, por ejemplo, gran capacidad en recursos humanos, y los equipos, los materiales o las herramientas de notificación son insuficientes.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro. Ginebra: OMS; 2007.
2. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional 2005: áreas de trabajo para su aplicación. Disponible en: <http://www.who.int/entity/ihr/AreasofworkES.pdf> Acceso el 18 de julio de 2011.
3. World Health Organization. Case Definitions for Surveillance of Severe Acute Respiratory Syndrome. Disponible en: <http://www.who.int/csr/sars/casedefinition/en/> Acceso el 18 de julio de 2011.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População, Brasil. Contagem da População; 2007. Disponible en: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_3.pdf Acceso el 18 de julio de 2011.
5. Díaz J, Galvão L, Chinaglia M, Lippman S, Brito I, Lopes V. A AIDS nas fronteiras do Brasil: diagnóstico estratégico da situação da epidemia de AIDS e doenças sexualmente transmissíveis nas fronteiras do Brasil. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2003.
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Colombia. Proyecciones de población 2006–2020. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?Itemid=995&id=497&option=com_content§ionid=16&task=category Acceso el 18 de julio de 2011.
7. Coggon D, Martyn C, Palmer KT, Evanoff B. Assessing case definitions in the absence of a diagnostic gold standard. *Int J Epidemiol*. 2005;34(4):949–52.
8. MERCOSUR. Modelo de evaluación de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta. Reglamento Sanitario Internacional (2005) Anexo IA; 2007. Disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo17490DocumentNo8110.PDF> Acceso el 18 de julio de 2011.
9. Ministerio de Salud Pública (MSP), Uruguay. MSP participa en el consejo de salud de UNASUR. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_4087_1.html Acceso el 18 de julio de 2011.

Manuscrito recibido el 28 de febrero de 2011. Aceptado para publicación, tras revisión, el 16 de julio de 2011.

ABSTRACT

An international health proposal to harmonize cross-border health surveillance

A quantitative and qualitative study to identify mechanisms and actions to help harmonize cross-border health surveillance and provide a timely and effective response to events that may threaten international health security. The capacities of Brazil, Colombia, and Peru were analyzed in three areas: (a) the legal and administrative framework; (b) the ability to detect, evaluate, and report risk situations and (c) the ability to investigate, intervene in, and communicate international health risk situations. Data were collected through a document review, workshops, group work, and semistructured interviews with key individuals in health surveillance in the three countries. The average national capacity for the trio of countries within “the legal and administrative framework” was 69.4%; 83.3% in “the ability to detect, evaluate and report”; and 78.7% in “the ability to investigate, intervene in, and communicate international health risk situations.” More resources should be directed toward coordinated action among the three countries in order to strengthen surveillance and public health monitoring in their border areas.

Key words

Health surveillance; border areas; international cooperation; horizontal cooperation; International Sanitary Regulation; Brazil; Colombia; Peru.