Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Estrategia de Cooperación con M É X I C O de la OPS / OMS para el periodo 2005-2009

I N D I C E

I. Introducción 1

II. Situación Nacional de Salud 7

1. Contexto general. 7
2. Situación de salud. 11
3. El Sistema Nacional de Salud: organización, funciones y política de desarrollo actual. 16
4. Funciones del Sistema Nacional de Salud. 18
5. Políticas de desarrollo social y de salud. 23
6. Prioridades nacionales de salud. 25

III. Antecedentes de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS al País 29

IV. Áreas y Prioridades de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS en México 35

1. EQUIDAD EN SALUD. 36
1.1. Protección social a la salud. 36
1.2. Salud de los pueblos indígenas y medicina tradicional. 39
1.3. Salud de las mujeres y derechos sexuales y reproductivos. 41
1.4. Migración y salud. 45
1.5. Fronteras y salud. 47
2. REDUCCIÓN DE RIESGOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. 51
2.1. Ambiente y salud. 53
2.2. Inocuidad de los alimentos. 56
2.3. Seguridad alimentaria y nutricional. 58
2.4. Prevención y mitigación de las emergencias y desastres. 61
2.5. Salud familiar y comunitaria. Atención integral del niño, el adolescente y el adulto mayor. 63
2.6. Reducción de la violencia familiar, los accidentes y las lesiones. 67
2.7. Salud mental. 69
2.8. Lucha contra las adicciones. 71
3. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES. 73
3.1. Vigilancia, prevención y control de enfermedades infecciosas. 74
3.2. Vigilancia, prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación. 77
3.3. Vigilancia, prevención y control de enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión y cáncer). 80
4. CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD. 83
4.1. Mejoría de la calidad y del desempeño gerencial. 83

4.2. Medicamentos y tecnologías en salud. 86
4.3. Sistemas de información en salud. 88
4.4. Globalización y salud. 90

V. Modalidades de Cooperación Técnica de la OPS/OMS en México 95
1. Fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones nacionales de salud. 96
1.1. Apoyo a las políticas nacionales de salud. 96
1.2. Cooperación técnica intensificada en regiones con mayores necesidades en salud. 97
2. Catalizador y mediador para alcanzar consensos y en la abogacía por la salud. 98
2.1. Apoyo a procesos de articulación de las agendas nacional e internacional en salud. 100
2.2. Mayor impulso a la cooperación en salud entre países. 101
2.3. Fortalecer relaciones con las oficinas Regional y Mundial de la OPS/OMS. 101
2.4. Contribuir a procesos de evaluación externa de planes, programas y proyectos, previamente acordados con las autoridades de salud del País. 102
2.5. Facilitar la apropiación de Bienes Públicos Internacionales (BPI) y el desarrollo de Proyectos Innovadores (PI) de interés al país. 104
3. Sistematizar y divulgar las potencialidades y experiencias exitosas del sistema de salud mexicano. 105
3.1. México como actor de la cooperación técnica internacional en salud. 107
3.2. Mayor aprovechamiento del desarrollo científico y de las capacidades de formación y adiestramiento en México. 108

VI. Transformaciones Estructurales y Funcionales 111
1. Organización funcional. 111
2. Recursos humanos necesarios. 113
3. Presupuesto regular. 115
4. Presupuesto de los proyectos extrapresupuestarios. 116

Anexo 1. Líneas de acción según área de cooperación técnica y modalidad de cooperación. 117

Anexo 2. Organización estructural de la Representación de OPS/OMS 2005 121

I. Introducción

La decisión de llevar a cabo el proceso de Estrategia de Cooperación al País (ECP) en México fue tomada en 2003, por acuerdo entre la autoridad nacional de salud y la Oficina Regional de OPS/OMS, siendo las motivaciones principales actualizar los criterios sobre qué tipo de presencia debe tener la Organización en el país, en qué temas y cómo invertir los fondos asignados a la Representación para generar la mejor utilización de las capacidades de la Organización y a su vez como aprovechar en forma estratégica los desarrollos del sistema de salud mexicano en las tareas de cooperación con otros países de la región.

El equipo de la Organización encargado de realizar la ECP estuvo integrado por el staff local, encabezado por el Representante de la OPS/OMS a.i., un consultor de la OMS/Ginebra, dos de la Oficina Regional de OPS y el jefe de la Oficina de Campo en El Paso. Se realizaron tres Misiones al país (dic/2003, marzo y junio/2004), durante las cuales se entrevistaron e intercambiaron opiniones con más de 400 personas: directivos de los distintos niveles administrativos de la Secretaría de Salud, mayormente del federal y de los estados; investigadores, docentes y profesionales de Universidades, Institutos, ONGs y Asociaciones Civiles; Consultores y funcionarios de las Agencias y Organizaciones del Sistema de Naciones Unidas en el país; directivos de otras Secretarías Federales; y representantes del sector privado de la salud. En el periodo intermisiones se desarrolló una importante labor de seguimiento del ejercicio, que incluyó la recolección y análisis de información

clave, formulación de propuestas de base para las discusiones y finalmente la redacción del Documento de ECP.
Los documentos de referencia más importantes que orientaron el ejercicio fueron el Plan Nacional de Salud 2001-2006. El Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el Período 2003-2007. El Programa General de Trabajo de la OMS 2000 -2005. También fue consultado el borrador del Plan de Trabajo de la OMS 2006-2015, actualmente en discusión por los cuerpos de gobierno de la OMS y los documentos referentes al avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México.

La Dirección General de Relaciones Internacionales de la SSA, conjuntamente con la Representación, conformó el Grupo Técnico que dirigió todas las etapas del proceso y cabe destacar que durante las tres Misiones se llevaron a cabo reuniones con el Secretario de Salud de México, Dr. Julio Frenk Mora, para analizar su marcha y los resultados que se estaban alcanzando.

En febrero del 2005, el documento Estrategia de Cooperación con México de la OPS/OMS, fue sometido a consideración de las autoridades de salud de México. Como consecuencia de este proceso, en agosto del 2005, se llevó a cabo una reunión de trabajo entre el Director General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud y el nuevo Representante de la OPS/OMS ai en México con la finalidad de analizar el contenido de la propuesta de cooperación técnica. Como resultado de este análisis se hizo un ajuste a la estructura del documento con la finalidad de que mismo refleje en forma más clara y precisa los aportes de la cooperación técnica de la OPS/OMS en función a las prioridades de salud del País. Los ajustes realizados fueron esencialmente en los capítulos relacionados con: a) Áreas y Prioridades de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS en México, b) Modalidades de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS en México y c) Orientaciones para la Cooperación Técnica de la OPS/OMS en México. También se acordó que el capítulo Situación Nacional de Salud no sería actualizado, salvo posibles errores en las cifras y datos incluidos en el mismo.

En agosto se realizó una reunión de trabajo con el Director General de Promoción de la Salud y su equipo asesor. Como producto de ese encuentro se obtuvieron valiosos comentarios que permitieron enriquecer el documento en los temas relacionados con la Promoción de la Salud.

A fines de septiembre del 2005, se recibieron observaciones y comentarios al documento, sugeridos por las áreas técnicas de la Subsecretaría de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud, los cuales fueron incorporados en la actual versión del documento.

El carácter rector de la SSA en el Sistema Nacional de Salud, ha determinado que tradicionalmente la Secretaria juegue un papel decisivo en la planificación, ejecución y evaluación de la labor de la OPS/OMS, incluyendo las coordinaciones con otros actores del sistema.

El país cuenta con destacadas instituciones de investigación, enseñanza y producción de conocimiento en salud, posee un sistema de servicios de salud extenso que de manera segmentada cubre a la mayor parte de su población y se encuentra disponible información abundante y confiable sobre la situación sanitaria del País, cuyo perfil de salud es diverso, siendo caracterizado como de país en transición demográfica y con un mosaico epidemiológico complejo, donde las enfermedades no transmisibles manifiestan una tendencia creciente, al igual que los accidentes y ciertos hábitos de riesgos para la salud como la obesidad y el sedentarismo, que junto con el envejecimiento de su población generan presiones nuevas sobre los servicios, los que no siempre están preparados de manera óptima para enfrentarlos. Estos problemas coexisten con la presencia de enfermedades transmisibles como la Malaria, el VIH-SIDA, la Tuberculosis, Dengue, Chagas, Leishmaniasis, Oncocercosis, Tracoma, así como de otros riesgos emergentes y reemergentes, que se manifiestan en ciertas regiones del país y en ciertos grupos de población como manifestación de las iniquidades en salud reinantes.

El periodo 2005 -2009, al que se ciñe esta estrategia, está marcado por una serie de transformaciones de carácter estratégico en la gestión tanto de la OMS como de la OPS y que se están desarrollando en forma concomitante. En el caso de la OMS se espera que a mediano plazo se fortalezca la cooperación centrada en los países, desplazando progresivamente recursos de la Oficina mundial hacia las regiones y países, mientras que en las Américas, la OPS trabaja en un nueva fórmula para fijar el presupuesto a descentralizar hacia las oficinas de país, el cual busca privilegiar en la asignación a aquellos países de menor desarrollo social y sanitario, lo que para México deberá significar una reducción de los montos históricamente asignados.

México goza de reconocimiento y amplia proyección internacional, en particular en el continente americano. Lo atestiguan los acuerdos comerciales que sostiene con países de todas las regiones del mundo, su adhesión a los más relevantes tratados y acuerdos regionales y globales para el desarrollo y su manifiesta generosidad de acudir en apoyo de otros países en situaciones de emergencia o desastres y de quienes tienen menor nivel de desarrollo. Las instituciones de salud del país son parte relevante de esta práctica y frecuentemente ejecutan, por la vía bilateral o multilateral, programas y acciones de colaboración, de transferencia de tecnología y de donaciones.

La decisión manifiesta del actual gobierno de México de incrementar sus aportes a los países de la región en salud, abre un panorama de posibilidades para las instituciones de cooperación, de manera particular a la OPS como organización especializada en salud del Sistema de Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos. La Organización toda, pero en particular la Representación en México, deberán generar propuestas coordinadas con las instituciones mexicanas que utilicen más las potencialidades de colaboración al país. Creemos que la Estrategia de Cooperación al País (ECP) 2005-2009 que se presenta en este documento favorece esta intención.

Por todo ello, México es importante para la OPS/OMS, y la Estrategia de Cooperación al País es el instrumento que ayudará a guiar el trabajo entre ambos durante los próximos 5 años.

Teniendo en cuenta las características de este proceso, la diversidad de los actores convocados, no agota ni abarca la totalidad de los distintos protagonistas del campo de la salud en México. De igual modo, los temas escogidos no excluyen otras problemáticas existentes.

II. Situación Nacional de Salud

1. Contexto general.

Los Estados Unidos Mexicanos es una república representativa y democrática, compuesta por 31 estados y un Distrito Federal, unidos en una Federación, quienes tienen igual jerarquía, sostienen principios de autonomía y de asociación, y cambian cada 6 años; el nivel municipal constituye el tercer orden de gobierno, con 2,444 en el país.

La población de México para el 2005 se estimó en 106 millones de habitantes, de los cuales 24% viven en zonas rurales. La tasa de crecimiento anual promedio fue de 1,6% entre 1996 y 2002, calculándose en 1.27% para 2004 y 1,02% para 2005, mientras la tasa global de fecundidad se estima en 2.11 hijos por mujer.

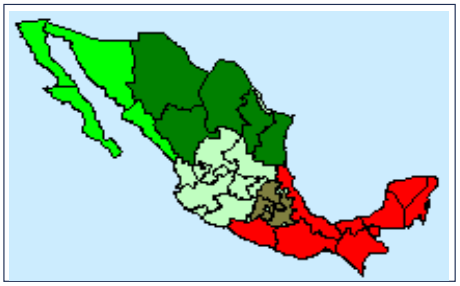
El 87,3% de población entre 6 y 14 años sabe leer y escribir (87,8% en niñas y 86,8% en niños). La escolaridad promedio era de 7,6 grados aprobados, (7,8 en hombres y 7,3 en mujeres) y los estados con más alto nivel fueron Distrito Federal (9,7) y Nuevo León (8,9), y los más bajos Chiapas (5,6), Oaxaca (5,8) y Guerrero (6,3), coincidentemente estos tres concentran la mayor cantidad de población indígena en el país. Los hombres de 15 años o más analfabetos son 7,4% y las muje-

res 11,3% y son los hombres quienes en mayor proporción se inscriben en la secundaria y continúan estudios[1].

El producto interno bruto (PIB) nacional creció sostenidamente entre 1997 y 2000, alcanzando este último año el 6,6%, reduciéndose a cero en el año 2001 y 2002. El PIB *per cápita* creció entre 1997 y 1999 en valores corriente pero no en valor ppp; para el 2001 fue de 5.530 y 8,240, respectivamente[2].

El índice de desarrollo humano del año 2004 para México fue de 0.802, ubicándolo en la posición 53, (entre 177 países)[3]. El informe de desarrollo humano de México 2004[4], establece diferencias considerables entre los estados y por regiones. El rango varió de 0.8830 en el Distrito Federal a 0.7076 en el estado de Chiapas, apreciándose en el Gráfico 1.1 las diferencias entre las distintas regiones del país.

Gráfico 1.1. Índice de desarrollo humano (IDH), según regiones en México. 2002



Región	IDH
Noreste	0.807
Centro	0.801
Noroeste	0.824
Occidente	0.776
Sur	0.742

Informe sobre Desarrollo Humano, México 2004. PNUD

El índice de marginación del año 2000 señala a los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz con muy alta marginación. El estado de Chiapas pre-

[1] INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000: Tabulado de la muestra Censal. México, 2000
[2] OPS. Situación de Salud en Las Américas: Indicadores Básicos 2003. Washington DC, 2004.
[3] Informe sobre el Desarrollo Humano en el Mundo 2003. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP). New York http://hdr.undp.org/reports/global/2003/espanol/index.html

senta el valor más alto, donde el 23% de la población mayor de 15 años es analfabeta y el 50% no culminó los estudios primarios, al tiempo que uno de cada cuatro habitantes ocupa una vivienda sin agua entubada y 61% reside en zonas rurales y dispersas.[5]

En un análisis de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2000), se clasifica la pobreza según tres categorías: pobreza alimentaria cuando los hogares no tienen suficiente ingreso para satisfacer las necesidades de alimentación; pobreza de capacidades cuando no se satisfacen las necesidades de alimentación, salud y educación; y pobreza de patrimonio, definida como los hogares que no cubren las necesidades de alimentación, salud, educación, sumadas a las de vestido, calzado, vivienda y transporte público (Cuadro 1.1).

Cuadro 1.1. Categorías de Pobreza en México. 2000

Categoría de pobreza	**%Total**	**% Rural**	**% Urbana**	**Razón Rural/Urbana**
Hogares				
Alimentaria	18.6	34.1	9.8	3.48
Capacidades	25.3	41.4	16.2	2.56
Patrimonial	45.9	60.7	37.4	1.62
Personas				
Alimentaria	24.2	42.4	12.6	3.37
Capacidades	31.9	50.0	20.2	2.48
Patrimonial	53.7	69.3	43.8	1.58

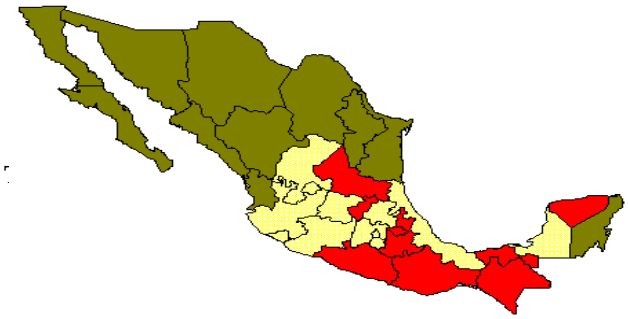
ENIGH, Secretaría de Desarrollo Social, 2000

La mortalidad general del país ha tenido un comportamiento descendente a lo largo de las últimas décadas, calculándose para el periodo 1995-2000 en 660.2 por

[4] Informe sobre el Desarrollo Humano México 2004. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP).
[5] Índice de Marginación 2001. Consejo Nacional de Población (CONAPO)

100 000 habitantes, (tasa ajustada)[6], con importantes diferencias entre estados y áreas del país en cuanto a las causas de muertes, encontrando que las denominadas enfermedades del rezago, aquellas causas por enfermedades transmisibles, de la reproducción y la nutrición, mantienen un mayor peso comparativo en las áreas rurales y en los estados del sur del país, apreciándose en el Gráfico 1.2 que las diferencias de tasas pueden llegar a ser de hasta tres veces.

Gráfico 1.2. Mortalidad propia del rezago epidemiológico* , México, 2000



*** Enf. Transmisibles, de la Reproducción y de la Nutrición**
SSA México

Los índices de desarrollo humano, de marginación y la medición de la pobreza, así como el comportamiento diferenciado de la mortalidad, muestran las diferencias sociales, económicas y de oportunidades prevalentes en el país, así como la desigualdad en la distribución de la riqueza y la existencia de segmentos de población en exclusión social. Los estados mas pobres están ubicados al sur del país y tienen la mayor concentración de población rural e indígena, así como más alta prevalencia y mortalidad por enfermedades consideradas del rezago epidemiológico. Así, se evidencia una estrecha relación entre calidad de vida y salud diferenciada, tanto en la geografía nacional como en el mapa social del país, que hace altamente recomendable que las intervenciones desde el sector salud vayan convenientemente coordinadas con acciones socioeconómicas dirigidas a mejorar de condiciones de vida y de trabajo, de acceso a la educación, a una buena alimentación, al agua potable y de saneamiento básico.

[6] Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Sa-

Se ha reducido la mortalidad general, que en 1970 era de 10.0 por mil habitantes y en el 2004 se estimó en 4.5. Aumentó la esperanza de vida al nacer, que pasó de 71 años para los hombres y 76 para las mujeres en 1995 a 73 años para los hombres y 78 años para las mujeres en 2004[7]. Entre 1992 y el año 2000 se ganó 2.7 años de vida en las zonas urbanas frente a 0.2 en las zonas rurales[8]. La tendencia de estos indicadores configura un país en transición demográfica.

El envejecimiento esta cambiando la pirámide de población, aumentando el porcentaje de personas en edades productivas y en la tercera edad. La edad media pasó de 22 años en 1970 a 27 años en el año 2000 y se calcula en 37 años para el año 2030. Se ha considerado que entre los años 2005 y hasta el 2025, se producirá el "bono demográfico", con una razón mayor de la población en edad productiva (15 a 59) que la dependiente (menores de 14 años y mayores de 60). Se considera a éste periodo como una oportunidad para favorecer políticas de desarrollo, de generación de empleos, de formación del capital social humano y de reducción de las desigualdades[9].

2. Situación de salud.

Una característica de las condiciones de salud de México es la superposición de dos situaciones de particular trascendencia: *la persistencia de conocidos problemas de salud,* como son las infecciones comunes y las enfermedades de la nutrición y la reproducción, concentradas principalmente en los lugares más pobres; y la aparición de los *riesgos emergentes* asociado al incremento de las enfermedades no trasmisibles y las lesiones, al surgimiento de nuevas infecciones (como el

lud, 2003.

[7] CONAPO. Proyecciones de la población de México 2000-2050. Consejo Nacional de Población. Primera Edición, 2002.

[8] Secretaria de Salud. Salud México 2002. Información para la rendición de cuentas. SSA/DGI, 2003.

[9] Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. 1994-2003. México. Consejo Nacional de Población. CONAPO 2004

SIDA y el VON), al resurgimiento de otras enfermedades de tipo infecciosas, a la aparición de padecimiento relacionados con la contaminación ambiental, el incremento de los padecimientos mentales y el abuso de sustancias tóxicas[10]. La persistencia de problemas conocidos de salud son parte de la agenda inconclusa en salud, en especial la mortalidad materna, a pesar de que se conocen cuales serían las intervenciones más apropiadas para intervenir y revertir la situación, pero que por razones de acceso a los servicios y de condiciones de vida, -inmersos en situación de pobreza-, hacen que este tipo de problemas persistan en determinados grupos de población.

La mortalidad infantil en México se calculó para el 2004 en 18 por cada mil nacimientos estimados y su tendencia ha sido de continua disminución considerando que en 1990 era de 37 por mil nacimientos estimados. Los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerreo mantenían en 2004 tasas de mortalidad infantil por encima de 25 por mil n.v[11] y en los niños indígenas era de 48 por mil n.v. La mortalidad materna no ha variado considerablemente en los últimos 12 años, estimándose en 2004 para el país en 6.2 por diez mil n.v.[12], con notables diferencias entre los estados. La edad promedio de las muertes maternas es de 29 años y la mitad ocurren en las localidades rurales dispersas. En Chiapas solo 21% de los partos son atendidos en los establecimientos de salud.

Las enfermedades transmisibles por vectores continúan manifestándose y concentran importantes cantidades de recursos para su prevención y atención. La lucha contra la malaria se remonta a varias décadas, con resultados exitosos en la disminución de casos, que luego de 1995 pasaron a ser menos de 10 mil por año, excepto en 1998 que se registraron poco más de 15 mil casos confirmados. En 2003 se obtuvo la cifra más baja de casos (3 819, la mayoría por *Plasmodium vivax*) y la menor incidencia (3.8 casos por 100 000 habitantes), resaltando que en los últimos años se reemplazó el usó del insecticida DDT por prácticas de sanea-

[10] Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México DF. Tercera Edición, 2001.
[11] Salud México 2002. Información para la rendición de cuentas. Secretaría de Salud, 2003
[12] Dirección General de Información. Secretaría de Salud, México. 2004

miento con participación activa de la comunidad para el control del vector. Con relación al dengue, durante el 2003 se registraron 5 220 casos, menos de la mitad que el año anterior, así como 1 776 casos de dengue hemorrágico con cero defunciones. Los estados de Sinaloa, Sonora y Veracruz concentraron cerca del 80% de los casos de dengue; mientras que Chiapas tiene el 50% de los casos de malaria, es el único con tracoma y comparte con Oaxaca focos de transmisión de Oncocercosis y casos de enfermedad de chagas y leishmaniasis.[13]

Un reto adicional al sistema nacional de salud es la de proteger los resultados que han sido favorables a la salud, como lo logrado en el control de la malaria y del dengue, así como los esfuerzos en sostener coberturas de vacunación por encima del 95%, que protejan a la población. Sostener los esfuerzos logrados requiere una armonía entre los diferentes sectores y entre las diferentes instituciones de salud, considerando los riesgos nuevos en tiempos de globalización, como el incremento de las migraciones; los desplazamientos; la ocurrencia de desastres naturales o causados por el hombre; la contaminación ambiental; los procesos de urbanización; entre otros.

La tuberculosis pulmonar ha disminuido en los últimos años. En el 2002 la tasa de incidencia en mayores de 15 años fue de 21 por 100 mil habitantes, con diferencias de hasta 10 veces entre los estados de Guanajuato y Baja California, siendo este último junto con Guerrero los únicos estados con tasa superior a 50 por 100 mil habitantes. La cobertura con TAES alcanzó el 86% ese año[14] y la mortalidad de todas las formas se redujo de una tasa de 7 por 100 mil habitantes en 1990 a poco más de 3 en 2001[15]. Una cuarta parte de los casos están asociados a otros problemas de salud como la diabetes, la desnutrición, el VIH-SIDA y al alcoholismo.

[13] Dirección General de Epidemiología. SSA. http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/index.htm
[14] Salud México 2002. Información para la rendición de cuentas. SSA Página 52
[15] Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Secretaría de Salud, México 2004.

La infección VIH-SIDA se inició en México el año 1983 y luego de un crecimiento exponencial la epidemia se mantiene estabilizada desde 1994. Se estima para el 2003 que 160,000 personas vivían con el VIH-SIDA, que se produjeron 11,000 nuevas infecciones y hubo 5,900 defunciones. La prevalencia de infección VIH en los jóvenes de 15 a 24 años comenzó a disminuir a partir del 2001 y se observa un incremento de la infección por el VIH en usuarios de drogas endovenosas (UDI), concentrándose este problema en los estados del norte del país. Otros grupos vulnerables son los migrantes, las trabajadoras sexuales y los hombres que tienen sexo con otros hombres.

En 1980 la mortalidad proporcional por las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción (del rezago epidemiológico) representaban el 34.4% y en el año 2000 bajaron a 14%; mientras que las enfermedades no transmisibles pasaron de 49.8% a 73.3% y las lesiones y accidentes pasaron de 15.7% a 12.7%.[16]

En México se presenta un incremento de las enfermedades no transmisibles, asociado en gran parte a la transición de gente adulta hacia la vejez, así como a la modificación de estilos de vida en todos los grupos de edad. El sobrepeso y la obesidad se han incrementado en México en todos los grupos de edad, sexo y clases sociales, con predominio en las zonas urbanas. En 1998 se estimó para las mujeres entre 12 y 49 años en 35.1%, incrementándose para 1999 hasta 51.8%[17] (60% en el norte del país). La misma encuesta encontró que este porcentaje en los niños menores de 5 años era de 5.5%, con diferencias marcadas por regiones, siendo en el norte de 7.7% y en el sur de 4.4%. Al sobrepeso y la obesidad se le considera la nueva gran epidemia en México, silente y con gran impacto en la salud pública, por todas las enfermedades que favorecen. Estos desafíos han estimulado la promoción de estrategias para intensificar la prevención, detección, control y tratamiento de los factores de enfermedades crónicas.

[16] Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de salud. Página 33
[17] Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado de nutrición de niños y mujeres en México. SSA. INSP. INEGI

Datos nacionales indican que la hipertensión arterial tiene una prevalencia nacional de 30.05%; la diabetes mellitus de 10.75% y la hipercolesterolemia (con concentraciones superiores a 200mg) del 43%. La prevalencia de diabetes aumenta con la edad, calculándose que una cuarta parte de las personas entre los 70 y 77 años de edad son diabéticas. Comparativamente, los estados del norte presentan mayor prevalencia de la enfermedad que los del sur del país. La diabetes es la primera causa de muerte en las mujeres y segunda en los hombres, y después de los 50 años son las mujeres quienes presentan la mayor prevalencia.

El consumo de tabaco afectaba en 2002 al 26.4% de la población urbana y al 14.3% de la rural entre 12 y 65 años de edad, siendo los hombres quienes en mayor proporción tienen este nocivo hábito. Entre los adolescentes (12 a 17 años), la prevalencia encontrada fue de 10.1% y 6.1% en zonas urbanas y rurales, respectivamente. En el país se estimó que 32 millones de personas entre 12 y 65 años de edad consumen alcohol, con un per cápita anual de 2,8 litros que llega a ser de 7 litros en los hombres de 18 a 65 años, observándose un consumo creciente en las mujeres.[18] El consumo de alcohol en México está vinculado de manera importante a los accidentes de tránsito, los homicidios y suicidios y la violencia intrafamiliar.

En los últimos años, los temas de violencia contra las mujeres y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos han sido mejor documentados y se ha generado mayor conciencia en las autoridades y la población para su abordaje en los programas institucionales y con proyectos de desarrollo a cargo de varias Secretarías de gobierno e instituciones nacionales como el INMUJERES y CONAPO, así como de manera destacada por las ONGs. Una encuesta en usuarias de servicios de salud reveló que 60% había vivido episodios de violencia alguna vez en su vida.[19]

[18] Encuesta Nacional de Adicciones ENA 2002. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud de México.

[19] Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud de México, 2003.

Estos problemas nuevos, emergentes, como la obesidad; la diabetes; la violencia; el usos de sustancias adictivas como el alcohol, la resistencia a los antibióticos, las necesidades de los adultos mayores y los trastornos mentales; configuran los nuevos retos a la salud pública, entre los cuales deben ampliarse la cooperación entre los países, entre las agencias de salud, favoreciendo el debate, fortaleciendo los sistemas de información sanitarias considerados como de bienes públicos globales.

3. El Sistema Nacional de Salud: organización, funciones y política de desarrollo actual.

El sistema de servicios de salud de México ha evolucionado desde los últimos 60 años bajo la persistencia de una segmentación en tres grandes divisiones, según la inserción laboral y la capacidad de pago de las familias y personas[20].

- Los trabajadores de la economía formal (51 millones de personas en el año 2002[21]) están afiliados a alguna institución de seguridad social. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es el mayor asegurador seguido del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas, la Secretaría de Marina y varios seguros para trabajadores estatales. El IMSS también ofrece un seguro de salud familiar para personas con capacidad de pago que desean adquirirlo, mediante el pago de una cuota anual.

- Los Trabajadores informales, la población rural no asegurada y los desempleados (50.3 millones de personas en 2002) son atendidos por la Secretaría SSA y

[20] Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México DF, 2002.
[21] Lozano R, Monterrubio MI, Suárez A y Fernández P. Poblaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de México: Definición y Construcción. Síntesis Ejecutiva. Secretaría de Salud. México DF, 2003.

también en el Programa de IMSS-Oportunidades, que opera en zonas rurales seleccionadas.

- Las personas con capacidad de pago acuden al sector privado lucrativo, la mayor parte pagando por sus servicios al consumirlo y alrededor del 4% de la población posee un seguro privado, integral o de gastos médicos mayores. Existen instituciones privadas no lucrativas, como la Cruz Roja Mexicana y numerosas ONGs, que brindan atención médica con poco peso en la prestación de servicios integrales de salud, teniendo las últimas un importante papel en temas como el VIH/SIDA y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

- La segmentación del sistema provoca que el sistema de salud continué siendo desigual en términos de acceso a los servicios de salud, financiamiento y resultados de salud. Existen disparidades en la cobertura de aseguramiento, gasto público y condiciones de salud entre entidades federativas del norte y del sur del país, lo que refleja diferencias tanto en los niveles de desarrollo socioeconómico y de educación, como de problemas epidemiológicos. También existen diferencias en disponibilidad de recursos; tanto infraestructura como de personal, y de calidad entre instituciones.[22]

El Seguro Popular de Salud. La mayor parte de los individuos no cubiertos por la seguridad social pertenecen a los segmentos más pobres de la población, al quintil de ingresos más bajo, los cuales enfrentan gastos catastróficos o empobrecedores en salud. Ello hizo que en 2003 se pusiera en marcha una modificación al esquema asistencial, al introducirse cambios en la Ley General dando paso a una nueva forma de aseguramiento para la población sin acceso a la seguridad social, denominada Seguro Popular de Salud, ofrecido por la SSA y que junto con los seguros del IMSS y del ISSSTE, conforman el Sistema de Protección Social en Sa-

[22] OCDE, *"Políticas públicas para un mejor desempeño económico"*. Documento de trabajo. México D.F. noviembre 2004.

lud.[23] La programación es que para el 2010 se alcance el aseguramiento universal de la población.[24]

El Seguro Popular de Salud tuvo su arranque oficial en enero de 2004. El nuevo sistema pretende proveer progresivamente a la población no asegurada una opción de aseguramiento público voluntario. El esquema cubre a las familias afiliadas con un paquete explícito de intervenciones esenciales y algunos tratamientos seleccionados que se consideran "catastróficos" por su alto costo. El Seguro Popular está financiado mediante una combinación de recursos financieros existentes y nuevos. Por cada familia afiliada, los gobiernos federal y estatal aportan recursos, los cuales son complementados por cuotas familiares pequeñas, aportadas por los asegurados y que son definidas según el nivel de ingreso de cada familia.

Para octubre del 2005, el número de familias protegidas por el seguro popular es de aproximadamente 3 millones de familias. Se espera que para fines del 2006 se alcance la meta de cobertura prevista de 5 millones familias, equivalentes a 20 millones de mexicanos.[25]

4. Funciones del Sistema Nacional de Salud.

Rectoría. La SSA es la institución rectora del sistema de salud y elabora las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y demás instrumentos de regulación, convoca a los grupos interinstitucionales y concentra las estadísticas nacionales de salud. El Consejo Nacional de Salud es la instancia para la coordinación técnica y operacional de programas de salud entre la Federación y los estados. En la Cámara de Diputados y en el Senado de la República existen comisiones de salud, que estudian y emiten recomendaciones a las iniciativas de ley del sector.

[23] Presidencia de la República. 3er. Informe de Gobierno. Coordinación General de Opinión Pública e Imagen. Presidencia de la República. México DF, 1ero de septiembre de 2003.
[24] Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México DF. Tercera Edición, 2001.
[25] Vicente Fox. Mensaje Día del Médico. 31 octubre del 2005.

La regulación sanitaria de productos, bienes y servicios se integraron en la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), órgano creado en 2001 que unifica y homogeniza la política de salud en esta materia, con autonomía técnica, administrativa y operativa para el control y fomento sanitario de la producción, comercialización, importación, exportación y publicidad de medicamentos y tecnologías para la salud, productos y servicios, sustancias toxicas o peligrosas, salud ocupacional, saneamiento básico y riesgos derivados de factores ambientales.[26]

La SSA es la responsable de los servicios de salud pública y la apoyan las instituciones de seguridad social. Se celebran jornadas nacionales de salud en febrero, mayo y octubre con acciones de vacunación, suministro de antiparasitarios y suplementos de vitamina A, principalmente. En 2004, la semana nacional de salud se articuló con la semana de vacunación de Las Américas y en octubre lo será con la semana binacional México-EU. Las campañas de promoción de la salud las coordina la SSA y tiene en el movimiento de municipios por la salud uno de sus ejes más relevantes, con 1,794 municipios incorporados en el año 2004, de ellos 342 certificados, integrados en una Red Nacional y 30 Redes Estatales.

La información de salud acopiada por los prestadores públicos es confiable y se consolidan anualmente en una estadística nacional, aunque hay diferencias entre los registros de cada institución. Se llevan a cabo Encuestas Nacionales de Salud de carácter general cada 6 años (la última en 2002) y diversas encuestas temáticas (adicciones, salud mental, de nutrición, etc.) que recaban información a profundidad en temas específicos. Un nuevo desarrollo desde 2001 es la publicación anual del Informe para la Rendición de Cuentas, donde se realiza un análisis de productos y resultados del sistema de salud y se enfatiza en la comparación del desempeño entre estados e instituciones.

[26] Secretaría de Salud. Programa de Acción: Protección Contra Riesgos Sanitarios. Sistema Federal de Protección Sanitaria. Primera Edición. México, 2003.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) comprende varios sistemas informáticos de registro de datos: Notificación Semanal de Casos Nuevos a través del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), Red de Hospitales para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) y Registros de otras enfermedades transmisibles y no transmisibles. El SINAVE está ampliamente extendido en el país, alcanzado en 2002 más de 17 mil unidades y en el último año se incorporó la vigilancia del bioterrorismo, las adicciones, del virus del Oeste del Nilo y el Síndrome Agudo Respiratorio Severo, y de cepas circulantes de influenza.

Financiamiento. El gasto total en salud de México en 2002 fue 5.8% del PIB, por debajo del promedio de Latinoamérica que era superior a 7%[27], y está compuesto por 3,4% de gasto privado y 2,4% de gasto público. Hay importantes brechas entre los estados en el porcentaje del gasto, siendo el público en Tabasco casi tres veces superior a Nuevo León, mientras que el privado es nueve veces mayor en Michoacán con respecto a Campeche. Sólo en seis estados el gasto público en salud es superior al privado (Campeche, Yucatán, Tabasco, Coahuila, Veracruz e Hidalgo)[28].

Cuadro 1.2. Gasto Sanitario en México. Indicadores seleccionados, 1997-2002.

Indicador	1997	1998	1999	2000	2001	2002*
Gasto Sanitario Total como % PIB	5,5	5,6	5,7	5,7	6,1	5,8
Gasto Público en Salud como % del GST	45,3	46,6	46,9	45,7	44,3	42,1
Gasto Privado en Salud como % del GST	54,7	53,4	53,1	54,3	55,7	57.9
Gasto público en Salud como % del gasto público total	15,0	16,8	17,2	16,6	16,7	14.6

Fuente: Secretaria de Salud. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud. DGIS/SSA, 2002.

- Tomado de: Salud México 2002 Información para la Rendición de Cuentas, SSA, México, 2003.

[27] Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Salud, 2003.

[28] Salud México 2002. Información para la rendición de cuentas. SSA, página 72-75

Poco más del 50% del presupuesto asignado a la población no asegurada se destina al gasto en atención médica, el 20% a funciones de rectoría, el 17% a salud pública y el resto a otras funciones relacionadas. Del gasto en población con seguridad social, el 95% se destina a la atención médica, el 2% a la función de rectoría y el 3% a otras funciones relacionadas. En cuanto al destino de los fondos, el pago de nómina de personal representa el mayor gasto en población no asegurada, con 60 y 64% para 2001 y 2002, respectivamente, mientras que el gasto en inversión fue 3% en ambos períodos. En la seguridad social, el pago de personal ocupó 71% en 2001 y 70% en 2002 del gasto total, al tiempo que en infraestructura fue 1% en ambos años. En 2002, el gasto público en salud *per cápita* fue 1,441 pesos, siendo más elevado para población asegurada (1,741 pesos) que en la población no asegurada (1,129). La diferencia entre el gasto *per cápita* para población asegurada del DF y el gasto *per cápita* en población no asegurada de Puebla para ese año fue de siete veces.

Provisión de servicios. La organización de la atención a las personas en los servicios públicos de salud está estructurada por niveles de atención, conformando cada institución su propia red de unidades de atención ambulatoria y de hospitales para la referencia de los pacientes al segundo nivel de atención.

Niveles de atención. *El primer nivel de atención* realiza las acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente, brindado por médicos generales o familiares y personal de enfermería, apoyados por personas de la comunidad -promotores de salud-. *El segundo nivel de atención* comprende a las especialidades básicas, está a cargo de médicos especializados y enfermeras, quienes brinda atenciones ambulatorias y a encamados en hospitales generales o de especialidad, contando con servicios de apoyo diagnóstico de imageneología y laboratorio. *El tercer nivel de atención* realiza las atenciones especializadas de mayor complejidad, así como investigaciones clínicas y básicas, a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermería especializada y otros profesionales. Reciben los pacientes referidos del segundo ni-

vel de atención, aunque también pueden entrar por los servicios de emergencia propios.

Existen 11 Institutos Nacionales de Salud con plena autonomía establecida por ley, con reconocida excelencia en docencia, investigación y prestación de servicios. El Instituto Nacional de Salud Pública es centro colaborador de la OMS/OPS, participando sus especialistas en grupos de expertos, asesorías técnicas, investigaciones y cursos internacionales vinculados a la cooperación técnica en salud, además de haber tenido a su cargo la aplicación nacional de la Encuesta Mundial de Salud promovida por la OMS.

Desde el 2001 está en marcha la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), en ella participan las instituciones públicas y privadas de servicios de salud. Se ha instrumentado un modelo de monitoreo para la gestión de calidad basado en la medición de indicadores (*INDICA*), accesible a través de la pagina Web de la SSA. Destaca en el modelo la vigilancia del trato digno a los pacientes mediante la verificación del tiempo de espera promedio para recibir atención, el surtimiento de las recetas médicas, la comunicación entre los pacientes y el personal de salud, entre otros. Se fomenta una cultura de reconocimiento al desempeño con el establecimiento de comités de calidad (31 Comité Estatales y una Mesa de Calidad en el D.F.); la creación de bases para la participación ciudadana a través de la instalación del *Aval Ciudadano* y de un sistema telefónico gratuito para recibir quejas y sugerencias (*Calidatel*) y el desarrollo en un 100% de la *Carta de los derechos de los pacientes* y el *Código de Ética para enfermería*[29]. También en el ámbito de la calidad de la atención, sobre sale el funcionamiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano con autonomía técnica para mediar en los casos de quejas de la población por irregularidades en la prestación de los servicios de salud (en el 2002 existían 21 entidades federativas con Comisiones Estatales formalmente constituidas y funcionando) , así como el programa de

[29] Subsecretaría de Innovación y Calidad. 1er. Foro Nacional por la Calidad en Salud: Informe sobre dos años de experiencias exitosas de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México DF, 2003.

certificación de hospitales y de unidades del primer nivel que realiza el Consejo de Salubridad General (hasta 2003 se habían certificado 450 instituciones para un 35%)[30].

El programa nacional de vacunación tiene notable desarrollo, al incluir 8 biológicos para 10 enfermedades y mantener altas coberturas en el esquema básico, que en 2002 eran de 94.3% en menores de un año de edad y de 97.9% para los de 1 a 4 años. Desde el 2000 la cobertura nacional con triple viral está por arriba de 95%, pero no todas las entidades federativas alcanzan esa cifra. La poliomielitis está erradicada desde 1991, no se han presentado casos de difteria desde 1992, hay una disminución importante del tétanos neonatal y de la tuberculosis meníngea y está en curso la eliminación del sarampión, aunque en 2003 y 2004 se presentaron brotes atribuidos a virus importados, que obligaron a generalizar la vacunación en adolescentes y adultos jóvenes.

5. Políticas de desarrollo social y de salud.

El contexto social de cualquier país tiene una influencia determinante sobre la salud, y las políticas sociales aplicadas para modificar los niveles de pobreza, marginación y vulnerabilidad de ciertos segmentos de su población, en entramada relación con las políticas sanitarias aplicadas, determina efectos sobre la situación sanitaria de la población convenientes de revisar y evaluar a el marco de la coherencia que sostienen, para definir los espacios de cooperación técnica en salud.

La política social del gobierno de México reconoce sus metas centrales para el largo plazo, señalándolas en alcanzar la cobertura total de educación, erradicar el analfabetismo, la cobertura universal a los servicios de salud, el desarrollo económico y social con respeto y cuidado del medio ambiente, mejorar el nivel de vida y

[30] Secretaria de Salud. Salud México 2002: información para la rendición de cuenta. México DF, 2002.

superar la pobreza extrema, trazadas en conjunto para un horizonte de 25 años. Para el corto plazo (hasta el 2006), se mencionan cuatro objetivos: reducir la pobreza extrema, generar igualdad de oportunidades para los grupos más pobres y vulnerables, apoyar el desarrollo de las capacidades de las personas en condición de pobreza, y fortalecer el tejido social, fomentando la participación y desarrollo comunitario.[31] México como uno de los países signatario de la Declaración del Milenio, ha promovido en forma preactiva el debate y está trabajando activamente en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos.

En el año 2002, se puso en marcha el Programa de Desarrollo Humano *Oportunidades,* dando continuidad al *Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGESA)* que funcionaba desde 1997, enfocado a disminuir la pobreza extrema. En 1997 este programa atendía a 140 mil familias y para 2002 beneficiaba a 3.2 millones; y en el mismo periodo, las becas para niñas y niños entre tercer grado de primaria y tercero de secundaria pasaron de 101 mil a 4.5 millones, favoreciendo más a las niñas quienes anteriormente presentaban mayor porcentaje de deserción escolar que los niños.[32]

La evaluación externa del programa Oportunidades la realiza anualmente el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), reportando el primero en su documento 2003, con cifras del propio programa, que hubo un incremento en el porcentaje de niños menores de 4 años bajo control nutricional al pasar de 90% a 96%, así como de embarazadas bajo control prenatal que ascendió de 93% a 98%. También reporta que el apoyo con suplementos alimenticios pasó de 52% a 78% en los niños desnutridos menores de 2 años y de 65% a 87% para las embarazadas, incrementándose también las consultas médicas, pero aceptando que estos resultados no se traducen necesariamente en impactos en las condiciones de vida

[31] Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006 Superación de la pobreza: una tarea contigo. Secretaría de Desarrollo Social, 2002.

y salud de las poblaciones con alta marginación.[33] Un analista ha señalado, con base en el propio documento de evaluación, que el programa no manifiesta avances en el componente de nutrición, ya que la desnutrición en menores de 2 años no ha variado e incluso en los estados de Chiapas, Oaxaca y Puebla aumentó entre 2002 y 2003, sucediendo en lo mismo en los niños entre 2 y 4 años en estos estados.[34]

La Secretaría de Desarrollo Social tiene otras dos iniciativas destinadas a favorecer el acceso a alimentos a las poblaciones pobres: DICONSA, empresa con participación estatal mayoritaria que trabaja en las poblaciones rurales de alta marginación, prioriza a través del Programa de Abasto Rural (PAR), fundado en 1980, la compra y distribución de maíz, fríjol, azúcar, arroz, harina de maíz, entre otros; LICONSA, empresa que tiene trabaja en asegurar la distribución de leche en polvo, a precio subsidiado, para la población pobre rural y urbana, siendo su población blanco los menores de 12 años de edad, los huérfanos, abandonados, adolescentes desnutridos, enfermos terminales, enfermos mentales, personas en rehabilitación por alcoholismo y drogadicción, los albergues del Instituto Nacional Indigenista y los adultos mayores de 60 años de edad.

6. Prioridades nacionales de salud.

“La salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. A medida que el País se transforma, su sistema de salud debe hacerlo también. El desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de la población. No puede haber progreso general sin un sistema de salud que responda a las aspiraciones de los mexicanos” [35]

[32] http://www.gob.mx/wb2/egobierno/egob_Programa_de _Desarrollo_Humano_Oportunidades
[33] Oportunidades. Resumen ejecutivo de la evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. 2002. INSP, CIESAS.
[34] Julio Boltvinik. Evaluación 2003 del Oportunidades; La Jornada, 4 de junio de 2004.
[35] Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Pag 17

Para mejorar la salud de los mexicanos, el Plan Nacional de Salud 2001-2006 señala que es necesario democratizar la atención de la salud, de tal forma que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago o la facilidad de acceso al lugar donde habita. La protección a la salud no puede ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio: es un derecho social. El acceso a los servicios de salud, por lo tanto, debe ser universal, haciendo especial énfasis en la inclusión de aquellos grupos de personas cuyos derechos no han sido plenamente reconocidos, como las mujeres, los indígenas, o las personas con capacidades diferentes.

En segundo lugar, la democratización de la salud significa estimular la participación de los ciudadanos en todos los niveles del sistema, desde asumir la responsabilidad por su propio estado de salud hasta influir en el diseño de la agenda sectorial y la toma de decisiones. El acceso a la información es un asunto prioritario, con excepción, por supuesto, de la información que pudiese violar la privacidad de los pacientes.

Democratizar la salud implica también desarrollar un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas del ciudadano.

Si bien es mucho lo que se ha avanzado en materia de salud durante las últimas décadas, aún persisten tres grandes retos. El de la equidad, la calidad y la protección financiera.

Para enfrentar estos retos, el País se ha planteado los siguientes cinco objetivos:

i. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos

ii. Abatir las desigualdades en salud

iii. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud

iv. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud

v. Fortalecer al sistema de salud, en particular las instituciones públicas

Para la consecución de los objetivos propuestos, las autoridades salud han propuesto las siguientes diez estrategias:

a. Vincular La salud con el desarrollo económico y social

b. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres

c. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades

d. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud

e. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

f. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

g. Fortalecer el papel rector de la Secretaria de Salud

h. Avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud

i. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención

j. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura de salud.

III. Antecedentes de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS al País

En México opera una Representación de OPS/OMS desde 1952, que hasta el año 1984 atendió también a Cuba, República Dominicana y Haití. En la ciudad norteamericana de El Paso, Texas, existe una Oficina de Campo de la OPS/OMS que desarrolla labores de cooperación técnica a lo largo de los poco más de 3,000 Km., de frontera común entre México y Estados Unidos, cuyo trabajo tiene obvias implicaciones para ambos países.

La Cooperación de la OPS/OMS, con México parte del Acuerdo de Cooperación Técnica, firmado el 30 de Mayo de 1984 y que esta sustentada en los mandatos regionales principalmente emanados de resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS, así como de OMS, y de otros Organismos del Sistema de las Naciones Unidas y de Organización de Estados Americanos (OEA). También se contemplan las resoluciones procedentes de reuniones regionales o internacionales que dan indicaciones precisas a la OPS y la OMS.

La 26 Conferencia Sanitaria Panamericana, en el 2002 aprobó el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007[36]. En el citado documento se hace énfasis que para mejor responder a las necesidades de salud

[36] Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el Período 2003-2007. CSP/26/10. 15 agosto 2002.

de los países de la Región de Las Américas, la OPS durante este período se propone concentrar sus esfuerzos en tres esferas de acción. La primera en torno a grupos especiales. La segunda en países clave, y la tercera en áreas prioritarias.

Grupos especiales. Si el propósito es reducir las inequidades durante todo el ciclo de vida, la OPS deberá trabajar con los países para determinar cuáles son los grupos que presentan desigualdades en los resultados de salud o en el acceso a los servicios, y cuyas necesidades puedan satisfacerse con intervenciones accesibles y eficaces en función de los costos. Con esta finalidad, la Oficina concentrará sus iniciativas en las poblaciones de bajos ingresos y pobres, especialmente indígenas, las mujeres y los niños.

Países clave. Aunque la OSP coopera con todos los países, deberá prestar atención especial a los países cuya situación sanitaria sigue siendo muy frágil y su infraestructura sanitaria muy débil. En este contexto se tratará de maximizar iniciativas de apoyo más amplio a los siguientes países: Bolivia, Haití, Honduras, Guyana y Nicaragua.

Áreas prioritarias. Las prioridades que a continuación se listan tienen en cuenta los resultados del análisis de diferentes medidas epidemiológicas, así como las recomendaciones emanadas de diferentes foros regionales y globales:

- Prevenir, controlar y reducir enfermedades transmisibles
- Prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles
- Promover estilos de vida y ambientes sanos y el crecimiento y el desarrollo saludables
- Promover entornos físicos seguros
- Prepararse, gestionar y responder en casos de desastres
- Garantizar el acceso universal a sistemas sanitarios integrados, equitativos y sostenibles

- Promover un insumo eficaz de salud en las políticas social, económica, ambiental y de desarrollo

A su vez en el Décimo Programa General de Trabajo de la OMS 2000-2005[37] se destacan las siguientes cuatro orientaciones estratégicas:

- Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad, especialmente en poblaciones pobres y marginadas.
- Promover modos de vida sanos y reducir factores de riesgo para la salud humana de origen ambiental, económico y comportamental.
- Desarrollar sistemas de salud que mejoren de manera equitativa los resultados sanitarios, que respondan a las demandas legítimas de la población y sean financieramente justos.
- Configurar una política propicia y crear un entorno institucional para el sector salud, y promover una dimensión sanitaria eficaz para la política social, económica, ambiental y de desarrollo.

Las prioridades de trabajo de la OMS para el período 2000-2005 fueron las siguientes:

- Paludismo, tuberculosis y VIH/SIDA
- Cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes
- Tabaco
- Salud materna
- Inocuidad de los alimentos
- Salud mental
- Seguridad de la sangre
- Sistemas de Salud

[37] OMS. Décimo Programa General de Trabajo 2000-2006. EB/107/34. 28 noviembre 2000

En el documento borrador del Undécimo Plan General de Trabajo de la OMS 2006-2015[38] y como parte de la agenda global en salud, se identifican como críticos los siguientes asuntos:

- Asegurar el acceso a servicios esenciales
- Construir una seguridad en salud a escala individual y global
- Promover la salud como un derecho humano
- Reducir la pobreza y sus efectos en la salud
- Abordar los determinantes sociales de la salud
- Promover un medio ambiente más sano
- Construir sistemas de salud bien financiados y equitativos
- Asegurar una fuerza de trabajo saludable
- Promover el conocimiento, la ciencia y la tecnología
- Fortalecer la gobernanza y el liderazgo

El trabajo de la OPS/OMS en México tiene los retos diversos de aportar al desarrollo de las instituciones de salud de alto nivel científico con que cuenta el país; apoyar los esfuerzos nacionales y locales para el control y eliminación de las enfermedades infecciosas aún prevalentes; contribuir a la respuesta sanitaria que se está dando al envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades no transmisibles y a los riesgos derivados de hábitos de vida poco saludables. Asimismo, la extensión territorial del país, su organización constitucional de tipo federal y el acceso segmentado de la población al sistema público de salud, condiciona que la cooperación técnica genere iniciativas y trabaje con creatividad en apoyo a la interlocución y puesta de acuerdo entre las diversas instituciones y organizaciones del espectro sanitario: públicas y de la sociedad civil; con y sin fines de lucro; nacionales e internacionales.

[38] WHO. Draft Eleventh General Programme of Work 2006-2015. Excecutive Summary. RC/2005/2 25 July 2005

La presencia de OPS/OMS en los países contribuye y refuerza de manera complementaria las políticas nacionales de salud, La Organización como una agencia especializada en salud del Sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, tiene como misión contribuir a crear espacios tanto en ámbito nacional como internacional abiertos al debate y a la propuesta de temas convergentes con la agenda nacional de salud, identificándose las siguientes directrices para orientar los cambios que le darían un mayor significado a la presencia de la OPS/OMS en México:

- La salud como un insumo y a la vez como un producto del desarrollo y bienestar individual y colectivo.
- Políticas y bienes públicos en salud construidos y sustentados en evidencias.
- Promover la participación nacional en proyectos innovadores como un catalizador del desarrollo sectorial.
- Promover la democracia participativa como uno de los ejes estratégicos para reducir en forma preactiva las inequidades en salud
- México como país protagonista de la cooperación técnica internacional en salud
- Una Representación de la OPS/OMS en México más eficiente y eficaz, redefiniendo e innovando sus competencias y recursos en función a los desafíos emergentes de la cooperación técnica.
- Un Representante de la OPS/OMS en México con un perfil profesional que combine de manera estratégica conocimientos y habilidades gerenciales, técnicas, administrativas y diplomáticas acordes con las necesidades y demandas actuales y futuras de la cooperación técnica en el país.

IV. Áreas y Prioridades de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS en México

La labor actual de la OMS y la OPS está enfatizada en hacer más eficiente y efectiva la cooperación técnica en y con los países, en respuesta a sus necesidades e intereses y también a los mandatos globales y regionales que tiene la organización por resoluciones de sus cuerpos directivos.

Las acumulaciones y perspectivas de desarrollo del sistema de salud de México lo colocan en la situación dual de ser un país con claras potencialidades para aportar cooperación técnica en la esfera internacional y, al propio tiempo, de requerir colaboración para reforzar la respuesta a viejos y emergentes problemas de salud.

Para el trabajo de cooperación técnica en México durante los próximos 5 años, se han definido cuatro áreas, que en conjunto concentran 20 Prioridades de cooperación a las que se vinculan 54 Líneas de Acción de la CT. Esta propuesta de elementos ordenadores del trabajo se estableció con base en la realidad identificada a lo largo del ejercicio de Estrategia de Cooperación en el País (ECP/CCS) que, como se adelantó en la introducción, conllevó la consulta a más de 400 directivos, profesionales y académicos del sector salud y de otros sectores de la economía que contribuyen a la mejoría de las condiciones de vida y la situación sanitaria de la población, así como la revisión amplia de información y documentos claves sobre el quehacer sanitario nacional.

1. EQUIDAD EN SALUD.

México inicia el siglo XXI enfrentando complejos desafíos. Las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas materno-infantiles se ubican en uno de los extremos del espectro epidemiológico; en el otro están las enfermedades no transmisibles, las lesiones, las alteraciones a la salud asociadas a los desequilibrios ambientales, los trastornos de la conducta, la violencia, entre otros

Aunque los avances científicos de los últimos años han permitido elevar considerablemente los niveles promedio de salud en el país, la distribución del progreso sanitario entre regiones y grupos sociales sigue siendo muy desigual. Los pobres presentan un riesgo de morir en edades tempranas mucho mayor que el resto de la población y, además de sufrir de las mismas enfermedades que otros grupos sociales, padecen de problemas propios para los que ya existen soluciones probadas y de bajo costo.

Esta área de cooperación técnica contempla las siguientes cinco prioridades:

1.1. Protección social a la salud
1.2. Salud de los pueblos indígenas y medicina tradicional
1.3. Salud de las mujeres, derechos sexuales y reproductivos
1.4. Migración y salud
1.5. Fronteras y salud

1.1. Protección social a la salud.

El sistema de salud del país ha evolucionado desde la última mitad del siglo pasado en una organización basada en tres divisiones (Sector Privado, Seguridad Social y Secretaría de Salud), según la inserción laboral y la capacidad de pago de las familias y personas, siendo esta segmentación institucional fuente de desigualdades en los beneficios que recibe la población, derivado de las diferencias en el presupuesto, en las comodidades y capacidades de atención que disponen cada

una y en el ejercicio del gasto público.[39]

Durante el año 2003, el gasto total en salud de México en 2003 representó 6.16% del PIB, por debajo del promedio de Latinoamérica que fue superior a 7%,[40] estando compuesto por 3,31% del PIB en gasto privado y 2,85% en gasto público. Hay notables diferencias entre los estados, siendo el gasto público en Tabasco más de dos veces superior a Nuevo León, mientras que el gasto privado en Michoacán es ocho veces mayor que en Campeche. En nueve estados el gasto público en salud es mayor al privado, a diferencia de 2002 que solamente eran seis (Campeche, Yucatán, Tabasco, Coahuila, Veracruz e Hidalgo).[41,42]

En el último trimestre de 2002, el 45% de los hogares del país contaba con alguna forma de aseguramiento, encontrando las mayores frecuencias a los estados del norte del país y las menores a los del sur (Oaxaca y Chiapas). Pertenecía al seguro social el 42% de esa cifra, mientras que el restante 3% disponía de algún seguro privado. Para el 2002 incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud 3.9% de los hogares, con mayor peso proporcional en el quintil más pobre de población (4,7%) y en las familias no aseguradas (4.9%).

Las diferencias en las formas de asignación y distribución de los recursos financieros de salud no son la única causa de desigualdades en la atención. Subsisten diferencias y exclusiones de naturaleza diferente a la económica, menos conocidas por estar menos documentadas y abordadas, que afectan a ciertos grupos poblacionales, al no encontrar estos a los servicios públicos suficientemente preparados para atender sus requerimientos de salud, siendo los casos de los adultos mayores, las mujeres víctimas/sobrevivientes de violencia, los adolescentes, grupos indígenas, adictos a drogas y ciertos enfermos crónicos. Hay experiencias de

[39] Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México DF, 2001.
[40] Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Salud, 2003.
[41] Secretaría de Salud. México Salud 2002. Información para la rendición de cuentas. Primera edición 2003.

proyectos e iniciativas dirigidos a superar estas brechas en los niveles subnacional y local, muchas veces impulsados por organizaciones no gubernamentales, que conviene estudiar y extenderlas.

En 2003 se reformó la Ley General de Salud para sustentar jurídicamente la entrada en vigor de un Sistema de Protección Social en Salud. La estrategia operativa de este Sistema es el Seguro Popular de Salud (SPS), ofreciendo a la población no asegurada el acceso voluntario a un seguro público de salud, que incluye servicios de consulta médica, hospitalización y cirugías, así como los medicamentos asociados a los mismos y un examen médico anual. El SPS comenzó su operación en el 2002, aunque el arranque oficial fue en enero del 2004. Es el principal instrumento de reforma financiera sanitaria del gobierno y durante los próximos años será la estrategia principal de desarrollo del sistema de salud mexicano.[43] Se espera que para el final del 2005 se hayan afiliado al mismo cerca de 3 millones de familias, manteniendo la prioridad en los deciles de más bajo ingreso[44].

Líneas de acción de la cooperación técnica:

1.1.1. Propiciar intercambio de experiencias internacionales vinculadas a la estrategia nacional de protección social en salud, al tiempo que se facilita a otros países y organizaciones internacionales sobre los instrumentos, logros y bienes públicos desarrollados por el sistema de salud mexicano.

1.1.2. Contribuir a hacer efectivas las metas operativas de mejoramiento del acceso a los servicios de salud en los espacios subnacionales, favoreciendo el enfoque intercultural, de género y la prioridad en los

[42] Secretaría de Salud. México Salud 2003. Información para la rendición de cuentas. Primera edición 2004.

[43] 3er. Informe de Gobierno. Coordinación General de Opinión Pública e Imagen. Presidencia de la República. México D. F., 1ero de septiembre de 2003.
Vicente Fox. Mensaje Día del Médico. México DF. 31 de octubre del 2005

pobres y los excluidos del sistema de salud.

1.1.3. Promover intervenciones en espacios críticos, fortalecer capacidades locales e impulsar evaluaciones y mediciones sobre los progresos alcanzados, incluyendo el desarrollo de proyectos acerca de la percepción, participación y satisfacción social sobre las intervenciones que se realizan en protección social en salud.

Principales contrapartes:

La SSA y las secretarías estatales de salud son las instituciones principales para la coordinación de los esfuerzos de la cooperación de la OPS/OMS, sosteniendo también relaciones de trabajo con los institutos de seguridad social y de acuerdo con las oportunidades y necesidades, se establecen relaciones de coordinación e intercambios de puntos de vista con otras organizaciones de cooperación, instituciones financieras internacionales y Agencias del Sistema de Naciones Unidas. Las Oficinas regional y global de la OMS tienen un papel relevante en la facilitación del intercambio internacional y la difusión de las experiencias de México en otros países.

1.2. Salud de los pueblos indígenas y medicina tradicional.

La población indígena de México se concentra en 63 etnias autóctonas con una población de 12 millones de personas, que se distribuyen en 15 estados y en el 35.6% de los municipios del país (871 municipios). El 71.4% de estos últimos se califican con marginación muy alta (259) y marginación alta (363).[45]

El análisis de la dinámica demográfica y las condiciones de vida evidencian la desigualdad socioeconómica y marginación del desarrollo que padecen las poblacio-

[45] Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. La Salud en las Américas: México Vol. II. Edición de 2002. Publicación Científica y Técnica # 587. Washington DC, 2002.

nes indígenas con respecto al resto de la población. En los indígenas la fecundidad es alta (3.2 hijos nacidos vivos por mujer indígena, mientras que en la no indígena es 1.7), la esperanza de vida es menor (69 años mientras que el promedio nacional es 74 años), la mortalidad es 30% superior, siendo más marcada en las mujeres (36%) que en los hombres (25%) y su población se caracteriza por una fuerte migración. El 36% de las viviendas indígenas no disponen de agua entubada, 16,9% no posee electricidad, el 43.7% tiene piso de tierra y 62.4% emplea cocina de leña. Entre un 25% y 35% no tiene ingresos fijo, el 56% recibe hasta dos salarios mínimos mensuales y sólo el 19.4% más de dos.[46]

La información disponible ratifica los rezagos y la vulnerabilidad en materia de salud del mundo indígena. Continúa el predominio de las enfermedades transmisibles, con elevada mortalidad infantil y materna, alta desnutrición especialmente en los estados del sur y sureste del país, persistencia de enfermedades "residuales" ausentes en otros sectores de población (p.ej. tracoma en los tzeltales de Chiapas), altas tasas de alcoholismo y elevada existencia de factores predisponentes de daños a la salud: hacinamiento, precariedad de las viviendas y déficit de infraestructura doméstica y comunitaria, para el adecuado saneamiento ambiental, escasez de alimentos, accidentes y violencia.[47]

Líneas de acción de la cooperación técnica:

1.2.1 Coadyuvar a la extensión y desarrollo de sistemas de información y redes de instituciones ligadas a la salud de los pueblos indígenas en México y Centroamérica, con enfoque intercultural.

Fungir como catalizador y mediador para la acción conjunta entre los diversos actores nacionales y mesoamericanos para formular agendas y formar alianzas, aprovechando espacios como el Plan Puebla-

[46] INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000: Tabulado de la muestra Censal. México, 2000

[47] Programa de Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, Secretaría de Salud. México, 2001.

Panamá, el mecanismo de cooperación de Tuxtla y la iniciativa continental de salud de los pueblos indígenas.

1.2.2. Promover y apoyar el establecimiento de líneas de investigación y docencia relacionados con la medicina tradicional, con la participación de indígenas expertos en estos temas.

Principales contrapartes:

Existe en la presidencia de la república una Comisión Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CNDPI), que coordina e impulsa las respuestas del gobierno a la problemática social y de rezago, articulando los esfuerzos de las diferentes dependencias de gobiernos con los representantes indígenas y sus comunidades. En el sector salud se desarrolla el Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas; el IMSS-Oportunidades sostiene un modelo de atención integral en las zonas indígenas que toma en cuenta criterios y prácticas autóctonas; existen hospitales mixtos en varios estados de la república; y se estudia y documenta la medicina tradicional, pero se reconoce que se está lejos de una respuesta ajustada a la cultura indígena en los servicios públicos de salud.

1.3. Salud de las mujeres y derechos sexuales y reproductivos.

La manera en que la sociedad va construyendo el significado de lo masculino y de lo femenino y la forma en que se gestan las relaciones de económicas, sociales y de poder entre hombres y mujeres, ha generado desigualdades entre géneros que tienen expresiones en la salud, mismas que en México están siendo mejor entendidas y documentadas en los contextos nacional y locales, identificándose desigualdades que afectan a las mujeres que pueden y deben ser corregidas.

El gobierno reconoce la necesidad de incrementar la información y educación so-

bre los derechos sexuales y reproductivos de las personas, favoreciendo de manera especial el acceso a las y los adolescentes, indígenas, población rural y residentes en áreas urbano-marginadas.[48] Garantizar servicios de salud que estén dotados para prevenir, detectar y tratar las enfermedades de la mujer y poner en práctica medidas asociadas con la salud reproductiva señaladas en la ley. Este criterio es coincidente con la opinión de activos segmentos de la sociedad civil, agrupados en redes de ONGs, que de manera organizada desarrollan proyectos y procuran influir en las decisiones de política que se toman en este campo.

La mortalidad materna registrada se ha mantenido en valores muy aproximados durante los últimos 12 años, siendo para 2003 de 6.5 por 10 000 n.v., inferior al promedio de América Latina que es de 8.7, aceptándose que existe subregistro. La brecha entre los estados es notable, mientras Nuevo León reporta una mortalidad materna de 1.3, en Guerrero se eleva a 12.2 y en Chiapas de 11.3 por 10 000 n. v. y en los municipios indígenas de estos mismos estados es aún mayor. Las principales causas de muerte son trastornos hipertensivos del embarazo (31%) y las hemorragias del embarazo y parto (26%). Entre las adolescentes es la 4ª causa de muerte, correspondiendo a este grupo el 17% de los nacimientos ocurridos en 2002. En los resultados de la mortalidad materna, además de las desigualdades étnicas y sociales, intervienen factores de acceso geográfico, cultural y económico a los servicios, deficiencias en la calidad de la atención, en el traslado de urgencias y rezagos en el tratamiento del aborto incompleto y en el reconocimiento del aborto como derecho.[49,50,51]

En los últimos años, la situación de violencia contra las mujeres y del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos han sido mejor estudiados y se ha incrementado el debate público. Una encuesta en usuarias de servicios de salud reveló

[48] Programa de Acción: Salud Reproductiva, Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud. Secretaría de Salud, México, 2002
[49] Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud. México DF, 2001.
[50] Secretaría de Salud. México Salud 2003. Información para la rendición de cuentas. Primera edición. 2004.
[51] Estadísticas de mortalidad relacionadas con salud reproductiva, Salud Pública de México. Vol. 46,

que 2 de cada 3 mujeres habían sufrido violencia alguna vez en la vida y que una de cada 5 sufre violencia de su actual pareja.[52] Otra encuesta realizada en hogares arrojó que la violencia afecta al 48% de las mujeres que viven en pareja, siendo mayor en el medio urbano que en el rural, aunque en este último es mayor la frecuencia de las formas más extremas como es el maltrato físico y la violencia sexual.[53] Las ONGs son activas en la movilización de la opinión pública para el impulso de iniciativas legales, mejorar los servicios y la garantía de los derechos de las mujeres, al tiempo que desde varias esferas del gobierno se impulsan programas y planes de acción en el mismo sentido, aceptándose que falta avanzar más y así se reconoce en el programa de desarrollo de los derechos humanos del país.[54]

Otras manifestaciones de desigualdad de las mujeres es la proporción de mayores de 60 años sin seguridad social, que es mayor a los hombres (28% vs. 22%), habiendo más mujeres solas que hombres sin esta protección (17% vs. 13%). En términos generales, una mujer pobre entre los 15-59 años de edad tiene 3 veces más probabilidad de morir que una que no es pobre de ese mismo grupo de edad.[55]

Hay avances en planificación familiar, evidente en la disminución de la fecundidad asociado al mayor uso de métodos anticonceptivos, pero persisten diferencias importantes entre los estados, siendo los del sur quienes presentan los porcentajes más bajos de uso de estos métodos. En relación con el cáncer cérvico-uterino, la mortalidad ha bajado en los últimos años, pero comparada con otros países de la región la tasa es aun elevada. A nivel nacional la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino del 2003, señala una diferencia de casi tres veces más en estados

#1, enero-febrero de 2004.

[52] Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud de México, 2003.

[53] INMUJERES. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. México. 2003

[54] Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México, Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México. 2003.

de mayor marginación en el País (de 10.3 a 29 por cien mil mujeres), al tiempo que las muertes por cáncer de mama han aumentado en el país durante la última década.[56]

La respuesta de la SSA a los problemas de salud y la situación de desigualdad de las mujeres se organiza en varios programas de acción, articulados estructural y funcionalmente en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. La acción intersectorial y el vínculo entre las dependencias del gobierno y las organizaciones civiles es bueno y, en correspondencia, la cooperación internacional trabaja con un segmento amplio de actores reforzando la respuesta nacional organizada. Para enfrentar la mortalidad materna, el Programa "Arranque Parejo en la Vida" ha realizado mejorías en la infraestructura de los servicios, capacitación al personal profesional y de la comunidad, así como acciones normativas y de supervisión.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

1.3.1. Colaborar en los esfuerzos nacionales para la reducción de la mortalidad materna apoyando el intercambio de experiencias en el plano nacional e internacional, así como la articulación entre instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional. En respaldo a esta línea de acción se promoverá la adaptación al país de Guías, Protocolos de atención y otros bienes públicos globales y se apoyará la reducción de los subregistros de información.

1.3.2. Promover el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y su incorporación en las políticas de salud desde la perspectiva

[55] Boletín Género y Salud en cifras. Secretaría de Salud. PROMSA/Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Vol. 1, # 1, 2, y 3. México DF, 2003.
[56] Secretaría de Salud. México Salud 2003. Información para la rendición de cuentas. Primera edición, 2004.

de género, participando en los espacios de encuentro, diálogo e intercambio, así como apoyando la realización de estudios en este campo.

1.3.3. Participar en la evaluación del Programa Nacional de Control del Cáncer Cérvico Uterino y contribuir a la implementación de las recomendaciones.

Principales contrapartes:

En este campo, la labor de OPS/OMS se plantea sea sinérgica con ONGs, otras agencias y organizaciones de cooperación e instituciones nacionales diversas. Varios marcos son especialmente apropiados: La iniciativa para la "Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe" de 2004; el apoyo a los planes nacionales para el cumplimiento de las Metas del Milenio; el programa de Desarrollo de los Derechos Humanos del país. Asimismo, la coordinación de la cooperación en el Grupo Inter-agencial de Género de Naciones Unidas es importante.

1.4. Migración y salud.

México es un país de origen, tránsito y destino de migrantes, lo cual obliga a analizar y atender este suceso de manera integral. La migración interna dentro de las fronteras nacionales es un hecho importante. La migración afecta a quienes se desplazan porque facilita abusos, discriminación y malas condiciones de trabajo, vivienda y salud, que junto con al desarraigo y la inseguridad puede generar o agudizar problemas de salud mental; al tiempo que potencialmente puede contribuir a la expansión de enfermedades infecciosas.[57] La respuesta para atender estos riesgos y problemas suele ser incompleta o desarticulada, reconociéndose que

[57] Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, 2003.

desde el sector social y de salud hay esfuerzos importantes por mejorar la respuesta, como los programa de atención a Jornaleros Agrícolas Migrantes y el que desarrolla la SSA "Vete Sano Regresa Sano".

La población migrante en el país está calculada en 15 millones, la gran mayoría tiene escolaridad mínima, trabaja a destajo en el lugar de destino y sus aspiraciones no rebasan la obtención de un salario. El 80% proceden de áreas rurales y estratos socioeconómicos bajos, habitualmente se trasladan con el grupo familiar y sus movimientos migratorios ocurren dentro de los límites del país. El 20% restante emigran hacia el extranjero, principalmente hacia los Estados Unidos, de éstos la mitad cruza la frontera sin documentación migratoria, la mayoría son hombres solos de 15 a 45 años con un destino definido y con estancias de duración variable en áreas urbanas que constituyen puntos intermedios en su recorrido. La mitad de los migrantes procede de 10 estados del país.

El mercado que absorbe la fuerza de trabajo de los migrantes internos está constituido por alrededor de 52 zonas agrícolas, donde laboran de 4 a 6 meses al año, desplazándose posteriormente a otra región o regresan a su lugar de origen.[58] Aproximadamente la mitad obtiene ingresos menores de un salario mínimo, la mayoría carece de seguridad en el empleo y en promedio trabaja 8 a 10 horas diarias durante 150 días al año.[59]

Además de la población que migra en busca de trabajo, en Chiapas hay un caso especial de movimiento poblacional, los desplazados, que actualmente se ha calculado que asciende 2,200 familias en 17 municipios de ese estado.[60]

Se estima que 200 mil migrantes indocumentados transitan cada año por México hacia otro país, principalmente Estados Unidos. En 2002 fueron devueltas 138,061

[58] Encuesta Nacional de Empleo (1999), citada en el Programa Intersectorial de Atención a Jornaleros Agrícolas
[59] Ibidem.

personas de esta condición, de las cuales 94.2% procedían de Guatemala, Honduras y El Salvador.[61]

Líneas de acción de la cooperación técnica:

1.4.1. Apoyar proyectos y enfoques integrales frente a la problemática de salud de los migrantes y de personas desplazadas, articulando esfuerzos de cooperación en salud entre múltiples organismos y agencias, haciéndola más específica a las necesidades de esta población.

Principales contrapartes:

La Dirección General de Promoción de la Salud de la SSa es una de las dependencias estratégicas. El énfasis central en la labor de cooperación está en el apoyo a los esfuerzos del gobierno en este campo, para lo cual la vinculación con las diferentes instituciones públicas de salud es esencial. En el caso de los desplazados, lo es la acción conjunta con las agencias del Sistema de Naciones Unidas, en vínculo estrecho con la SRE y el gobierno de Chiapas.

1.5. Fronteras y salud.

Aunque a las fronteras se les puede concebir de diversas maneras, según sus contextos particulares, son básicamente construcciones sociales y culturales, con una dinámica de gran intercambio e identidad particular, donde la salud de sus habitantes se encuentra inmersa y condicionada. Así, en las zonas fronterizas existen problemas de salud identificados como comunes por sus poblaciones, aunque sean interpretados y atendidos de formas diferentes por los países involucrados.

[60] Documento proporcionado por PNUD. Información obtenida de la Oficina del Comisionado para la Reconciliación de Comunidades en Conflicto.

[61] Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, 2003.

La movilidad transfronteriza de personas y mercancías las convierte en zonas potencialmente receptoras y emisoras de riesgos para la salud, tanto para sus habitantes como para las poblaciones de tránsito y destino final de los migrantes y los productos, siendo el más obvio la diseminación de enfermedades infecciosas. Pero las implicaciones sanitarias de las fronteras van más allá de los riesgos infecciosos y las enfermedades; hay la conveniencia de una buena articulación entre los servicios de salud de los países involucrados, so pena de no alcanzar suficiente eficacia en la atención a las personas. La movilidad transfronteriza de los servicios de salud o del usuario en busca de ventajas, como son un menor costo de tratamiento o más fácil acceso a los medicamentos, representa otra cara menos visible de la transferencia internacional de riesgos para la salud.

Al norte, México comparte una frontera con los Estados Unidos de 3 200 kilómetros, donde conviven 12 millones de personas, con importantes segmentos en condiciones de pobreza, serios problemas ambientales por contaminación del medio y donde se concentran numerosos migrantes de diversas nacionalidades que buscan la oportunidad de cruzar a los Estados Unidos, ocasionando diversos desafíos en salud para ambos países[62].

Al sur, la frontera con Guatemala y Belice es de aproximadamente 500 Km., donde la pobreza y la pobreza extrema está muy extendida, hay fuerte presencia indígena y los migrantes que la transitan son mayormente latinoamericanos pobres que buscan mejorar su ingreso económico y en su inmensa mayoría tiene como destino final los Estados Unidos, subsistiendo a lo largo del país en su camino hacia la frontera norte. Se suma que el clima tropical y la pobreza predominante en el área fronteriza sur y en territorios cercanos propicia que ciertos padecimientos y enfermedades infecciosas se manifiesten con particular crudeza e incluso, que sólo persistan en esta zona del territorio nacional.

[62] Embajada de los Estados Unidos, COMUNICADO DE PRENSA http://www.usembassy-mexico.gov/boletines/sp031007salud_fronteriza.html

En 1981 se estableció la Comisión Binacional México-Estados Unidos como foro único para el intercambio de experiencias entre ambos países, integrándose el Grupo de Salud en 1996 que avanzó con la conformación de la Comisión Binacional de Salud. En 1999 se firmó el acuerdo bilateral de colaboración para la salud fronteriza y en 2001 se inició el programa Frontera Saludable 2010, cuyas principales acciones son: garantizar el acceso a los servicios básicos y mejorar el acceso a servicios odontológicos; reducir la mortalidad por Cáncer de Mama, Cérvico-uterino y por Accidentes; mejorar la Salud Ambiental; reducir la incidencia de VIH/Sida, Tuberculosis, Hepatitis y de Enfermedades prevenibles por vacunas; y mejorar la Salud Materno-infantil.[63]

Saldos relevantes de estos esfuerzos son la puesta en marcha de proyectos sanitarios y de atención médica coordinados entre ambos países; las Semanas Binacionales de Salud, durante las cuales se realizan acciones de salud masivas; y el diseño e implementación de Tarjetas Binacionales de Salud para el registro y seguimiento de los pacientes.

La OPS/OMS cuenta con una Oficina de campo el la ciudad de El Paso, estado de Texas, que colabora con la Comisión Binacional y que también trabaja con organizaciones locales e instituciones de salud para desarrollar la agenda sanitaria en la franja fronteriza.

En la frontera sur los gobiernos de México, Guatemala y Belice han ejecutado diversos proyectos de salud y mantienen comunicación a nivel local y nacional para ejecutar acciones conjuntas e intercambiar información sanitaria, particularmente en la vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles, siendo en los últimos años impulsados a través de los mecanismos formales de colaboración, como los Acuerdos de Tuxtla y el Plan Puebla-Panamá (PPP), aunque estos reba-

[63] Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. Frontera Saludable 2010. http://www.borderhealth.org/es/frontera_saludable_2010.php?curr=programas

san el espacio de las fronteras. Se ha reconocido que los contactos desarrollados no siempre han logrado los objetivos de colaboración y las metas previstas, debido a diferencias en las normativas y los reglamentos sanitarios de los países y también por falta de recursos para implementar las acciones de salud.

Las autoridades de salud trabajan en la organización e implementación de proyectos que se extenderán por varios años para la eliminación de la transmisión de Chagas y en el control del vector de la Malaria sin usar DDT, que involucran a México y los países de Centro América, contando con el apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS y de otras agencias de cooperación internacional. Con parecido tenor, en las fronteras entre México, Guatemala y Belice se ejecutan iniciativas de colaboración para el control de transmisión y erradicación de la rabia humana.

Estos proyectos se interpretan como buenos ejemplos de los aportes que puede hacer la OPS/OMS en el trabajo sanitario en la zona de la fronteriza sur de México, movilizando recursos para sostener los esfuerzos de armonización de los sistemas de vigilancia epidemiológica y la ejecución de las acciones de prevención y control de enfermedades transmisibles, manejándose también la idea de que se alcancen a modificar los sistemas de servicios de salud para integrar sus prestaciones.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

1.5.1. Contribuir a la generación y utilización de información de salud de las zonas fronterizas**,** actuando la OPS/OMS conjuntamente con los gobiernos nacionales y locales, y con otras agencias de cooperación, en apoyo a la formulación de agendas de trabajo y la armonización de normas, metodologías y criterios técnicos entre los sistemas de salud de los países involucrados.

1.5.2. Apoyar en la movilización de recursos relacionados con el desarrollo

de iniciativas de salud y de proyectos en las fronteras, compartiendo información estratégica sobre la situación de salud de los países vecinos, financiando el desarrollo de estudios base y contribuyendo a forjar alianzas entre actores y gobiernos.

Principales contrapartes:

Para el desarrollo de estas líneas de acción es relevante trabajar, además de la SSA, con otras secretarías de estado como la SRE, en su carácter de impulsora de la cooperación entre países; la SAGARPA y la SEMARNAT, dado que parte importante de los riesgos y las acciones para la salud de las personas involucran a los productos agrícolas y el ambiente, incluyendo la relación con las comisiones intergubernamentales especializadas creadas en el marco de los acuerdos comerciales. También es importante el trabajo conjunto con las Direcciones de Salud de las entidades y ciudades fronterizas, con otras agencias del Sistema de Naciones Unidas y de cooperación bilateral interesadas en financiar proyectos en las fronteras, así como los contactos con las Organizaciones Civiles locales que realizan actividades para mejorar la salud en las fronteras, para alcanzar una adecuada combinación de recursos y voluntades. La generación de proyectos de cooperación técnica entre países es una estrategia a impulsar en la frontera sur.

2. REDUCCIÓN DE RIESGOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Los procesos de producción introducen nuevos riesgos químicos, físicos, biológicos y sociales cuyos efectos directos e indirectos generan una importante carga de enfermedad y que demandan en forma específica la formulación e implementación de políticas encaminadas a proteger la salud no sólo de las generaciones actuales colmo las futuras. De igual forma el cambio climático y otros desequilibrios ambientales se asocian con alteraciones en la dinámica de poblaciones de vectores transmisores de enfermedades, escasez de agua y posiblemente con profundos cambios en la intensidad y gravedad de los ciclos de huracanes y otros even-

tos de gran impacto como sequías, incendios forestales, entre otros.

La promoción de la salud es una de las funciones esenciales de la salud pública. Los entornos sanos, así colmo el acceso a alimentos nutritivos e inocuos son condicionantes para una buena salud individual y colectiva.

Los avances en las tecnologías de producción de alimentos y el aumento del comercio regional y mundial de alimentos, obligan al país a poner en práctica programas específicos orientados a proteger a los consumidores que sean compatibles con los cambios en la reglamentación internacional.

La violencia de distintos tipos, así como los accidentes son problemas de y de salud pública que impactan de manera creciente a la sociedad y que representan una importante carga de muerte, lesiones y discapacidad y que demandan una urgente atención por parte del sistema de salud.

Los problemas de salud mental constituyen otro tipo de problemas de salud pública que requieren de mayor atención. Es fundamental avanzar en los procesos de formulación de políticas públicas y en la legislación que facilite una reforma psiquiátrica que atienda los principios de la Declaración de Caracas de 1990. De igual forma es fundamental profundizar las investigaciones y las alternativas para atender las causas y determinantes relacionados con el consumo de drogas ilícitas.

Esta área de cooperación técnica contempla las siguientes 8 prioridades:

2.1. Ambiente y salud
2.2. Inocuidad de alimentos
2.3. Seguridad alimentaría y nutricional
2.4. Prevención y mitigación de las emergencias y desastres.
2.5. Salud familiar y comunitaria. Atención integral del niño, el adolescente y el adulto mayor

2.6. Reducción de la violencia familiar, los accidentes y las lesiones
2.7. Salud mental
2.8. Lucha contra las adicciones

2.1. Ambiente y salud.

El acceso a los servicios básicos como el agua potable, la vivienda y los servicios de recolección de basuras, así como la protección contra los riegos ambientales provenientes de la contaminación del suelo, el agua y el aire, así como la preservación de un ambiente en equilibrio, son condiciones necesarias para una buena salud de la población. Quienes viven en condiciones de pobreza, les resulta común la marginación de los servicios básicos o su acceso en condiciones deterioradas, así como la exposición frecuente a contaminantes y otros riesgos ambientales, señalando diversos diagnósticos realizados que esta situación ocurre con mayor proporción en poblaciones rurales, áreas periféricas de centros urbanos industriales, comunidades indígenas y los estados del sur-sureste del país.[64]

Los Programas Nacionales de Salud, de Ambiente y de Desarrollo Social del actual gobierno plantean líneas de trabajo que convergen en la promoción de un desarrollo sustentable con entornos más saludables y el desarrollo de planes de acción que ayuden a superar rezagos y desigualdades en este campo.

En la última década, la dotación de agua entubada y el drenaje mejoró en el país de 80 a 89% y de 65 a 78% de la población total, respectivamente, siendo menor el acceso a estos servicios en las áreas rurales con respecto a las urbanas, al tiempo que los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca presentan las más bajas cifras de cobertura.[65] El 12.6% de la población nacional no tiene acceso a agua potable y está en marcha un programa de reorganización de las fuentes de agua por cuencas hidráulicas, que persigue una mejor administración de su captación y

[64] Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano. México. 2003.

almacenamiento mediante estrategias de recuperación de agua dulce, tratamiento de aguas residuales y la participación comunitaria en el ahorro.

En materia de saneamiento básico y recolección de basura y otros desechos persisten rezagos, calculándose que se recolecta aproximadamente el 86% de la producida y sólo el 60% se deposita en forma adecuada, siendo el riesgo de generar fauna nociva, vectores y contaminar alimentos y fuentes naturales de agua. En el 5% de las tierras de cultivo todavía se utilizan como fertilizantes a los productos nitrogenados y los pesticidas en el 0.14%. Un tercio del territorio está formado por bosque y selva, siendo la deforestación de 700 mil hectáreas por año, que junto con los incendios y el cambio en el uso del suelo, han provocado que solamente se conserve el 55% de las selvas originales.[66]

La calidad del aire está afectada por emisiones de partículas, precursores del ozono, óxidos de nitrógeno, de dióxido de carbono y de dióxidos de sulfuro, provenientes de actividades industriales y de uso de gasolinas. Las normas nacionales de control de calidad de operación y monitoreo del aire están en proceso de ser actualizadas, llevando a cabo el Instituto Nacional de Ecología de la SEMARNAT desde 2002 un programa de monitoreo atmosférico en 16 entidades del país y 21 ciudades, destacando 36 estaciones en el D.F. El PROAIRE es un instrumento de gestión para el mejoramiento de calidad de combustibles y la evaluación de contaminación atmosférica iniciado en 1970, que cubre actualmente al 50% de las entidades federativas.

La emisión al ambiente de sustancias tóxicas, persistentes y bioacumulables en diversos ecosistemas, ha llevado a un consenso nacional para disminuir su uso y eliminar su presencia del ambiente, con acciones para el control de dioxinas, furanos, hexaclorobenceno, bifenilos policlorados, plaguicidas organoclorados, mercurio, plomo, cromo, cadmio, compuestos tóxicos atmosféricos, hidrocarburos polia-

[65] Índice de Marginación 2001. Consejo Nacional de Población (CONAPO).
[66] Annual Report. Organización para la Cooperación Económica para el Desarrollo 2004.

romáticos, ozono y PM_{10}. Estos dos últimos elementos son los contaminantes urbanos más importantes, luego de la eliminación del plomo de las gasolinas. El Valle de México tiene el aire más contaminado con 78% de los días del año 2003 en que excedió la concentración de ozono establecida, seguido por Guadalajara con 18%, mientras que en PM_{10} fueron el Valle de Toluca y Monterrey los de peor condición con 21% y 18%, respectivamente, de días que excedieron la norma, al tiempo que el Valle de México ha mejorado en este último indicador al disminuir en 30% la cantidad de días que excedió la norma en los últimos 6 años,[67] sin embargo, ello continúa afectando la salud de la población expuesta.

Para 2003 se encuentran expuestas a residuos de combustibles sólidos principalmente las áreas con mayor población rural debido a la combustión de biomasa de manera intradomiciliaria, siendo Oaxaca, Chiapas y Guerrero los estados más afectados.[68]

Desde 1999 está funcionando con la colaboración técnica de la OPS/OMS la Red Toxicológica Mexicana (RETOMEX) para el registro nacional de intoxicaciones y la vigilancia epidemiológica de riesgos ambientales sobre la salud, requiriendo de mejor articulación entre los actores nacionales y estatales para su consolidación. La COFEPRIS es el órgano encargado de la regulación y control de los riesgos para la salud presentes en el ambiente.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

2.1.1. Apoyar la formulación e implementación de políticas gubernamentales sobre la disposición conveniente de residuos, la dotación de agua limpia y el control de emisiones tóxicas, proveyendo a las instituciones nacionales asesorías técnicas especializadas e información es-

[67] Secretaría de Salud. Salud. México 2003. Información para la Rendición de Cuentas. 2004 1ª Edición.

[68] Secretaría de Salud. Salud. México 2003. Información para la Rendición de Cuentas. Primera edición, 2004.

tratégica sobre iniciativas internacionales y articulando esfuerzos con otras agencias y organismos técnicos especializados.

2.1.2. Fomentar alianzas interinstitucionales y estimular la participación comunitaria en proyectos sanitarios en el nivel local a través de la Red de Municipios Saludables, promoviendo intervenciones en espacios críticos a nivel local (en temas de agua, saneamiento, disposición de residuales y control de fauna nociva, principalmente) y el intercambio de información y experiencias entre municipios y comunidades.

Principales contrapartes:

En el desarrollo de la primera línea de acción, es muy importante trabajar de manera conjunta con las Secretarías de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), y de Agricultura, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) y la Comisión Nacional del Agua (CNA), además de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de la Secretaría de Salud (SSA), apoyándose en organizaciones civiles y universidades para la capacitación de los recursos humanos y el desarrollo técnico para el manejo de riesgos. Para ejecutar la segunda línea de acción, el espacio de trabajo a privilegiar es la Red de Municipios Saludables que convoca a instancias de gobierno y de salud del nivel local, estatal y nacional, compartiendo tareas con otras agencias de cooperación e instituciones nacionales.

2.2. Inocuidad de los alimentos.

México tiene una participación activa en diversos mercados alimentarios del mundo, especialmente los de EUA y Canadá en el marco del Tratado de Libre Comercio (TLC), importando y exportando productos agropecuarios diversos, como carnes, granos, frutas y verduras. La diversidad de ecosistemas y condiciones de vida

de la población, la organización y formas de la producción prevalentes, así como lo extendido del comercio y consumo de alimentos en pequeños negocios fijos y ambulantes, donde muchas veces son manipulados de manera antihigiénica, generan riesgos a la salud de la población mexicana y para el comercio internacional de los productos agroalimentarios producidos en el país.

Aproximadamente 6,5 millones de personas enferman cada año por la acción de algún agente infeccioso o parasitario[69], estimándose que dos tercios de esa cantidad se debió a enfermedades de transmisión alimentaria (ETAs), lo que significa más de 4 millones de casos, que junto al riesgo de los animales de padecer enfermedades que merman la calidad de su producción, obligan a sostener un sistema de inspección que se reconoce no cubre a todos los establecimientos y no alcanza los estándares de exigencia recomendados (p.ej.: de los 1,730 mataderos de bovinos del país, menos de 50 reciben inspección federal del tipo TIF, que satisface a los más altos niveles internacionales).

Los esfuerzos de los últimos años se han orientado a fortalecer la normatividad vigente y la interacción entre los sectores de salud y agricultura, para atender en forma integral los requerimientos de inocuidad de los alimentos desde la producción primaria hasta el consumo, reconociéndose la necesidad de aumentar la producción “limpia” de alimentos para satisfacer las necesidades de consumo y aprovechar las oportunidades del mercado internacional, en el marco de los acuerdos comerciales que el país ha signado.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

2.2.1. Apoyar en la formulación e implementación de reglamentos, normas y prácticas de inocuidad de alimentos, a través del intercambio de experiencias con otros países y facilitando el acceso a información técnica y la reglamentación sanitaria internacional.

2.2.2. Contribuir a la articulación de recursos intersectoriales para llevar a cabo intervenciones integrales que incluyan a la producción limpia de alimentos, actuando conjuntamente con organismos internacionales, principalmente del sistema de NU y de la OEA, en los espacios nacionales de diálogo y apoyando a las instituciones de los diferentes sectores de la economía en la formulación de agendas de trabajo conjuntas, formar alianzas y formalizar acuerdos de trabajo.

Principales contrapartes:

Para lograr el mejor impacto COFEPRIS es una institución clave. Se requiere que las agencias y organismos de cooperación técnica internacional trabajen de manera conjunta con la SEMARNAT, SAGARPA y las instancias de Regulación Sanitaria y de Vigilancia Epidemiológica de la SSA, además de la industria de productores y distribuidores de alimentos.

2.3. Seguridad alimentaria y nutricional.

Encuestas nacionales desarrolladas en los últimos años han caracterizado los problemas de nutrición prevalentes en el país. El 7.5% de los menores de cinco años tienen bajo peso para su edad y entre 40 y 70% de estos menores tienen deficiencias de ácido ascórbico y riboflavina, de 20 a 72% tienen deficiencias de retinol y 25% de zinc.[70] El 27% de los mexicanos padece de anemia, siendo en los menores de 5 años de áreas rural 6% mayor con respecto a la urbana, diferencia que aumenta a 10% entre el norte urbano y el sur rural.[71] En los niños de 5 a 11 años la anemia es más común en el norte del país (23.8%) que en el sur (21.6%). El 92% de los menores de un año han sido amamantados alguna vez y la lactancia

[69] Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2003.
[70] Presentación de resultados de búsqueda sistemática. Centro Nacional Para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Referencia mimeografiada. 2003-2004.

materna exclusiva en menores de 6 meses es del 20%. Para los menores de cinco años, la prevalencia de bajo peso es 7.5%, desmedro 17.7% y emaciación 2%, mientras que en los de preescolares el indicador de bajo peso para la talla es de 5.5% y en los escolares de 9.5%. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en preescolares es del 5.5% (indicador peso para la talla) y de 4.1 % (indicador peso para la edad). Para los escolares es de 9.5% (peso para la talla) y de 27.2% (IMC tablas NCHS), 18.8% (IMC tablas francesas) y para mujeres en edad reproductiva por IMC, 30.6% el sobrepeso y 21.2% la obesidad.

Con base en esta realidad, varias Secretarías de Estado (SSA, SEDESOL, DIF, SE y SAGARPA), gobiernos estatales y municipales, así como organizaciones de la sociedad civil, convergen en la aplicación de programas y acciones diversas, mayormente enfocados a atender las carencias y el déficit nutricional, en cuatro áreas principales: la producción de alimentos, la promoción de mejores hábitos alimentarios, la vigilancia de la nutrición y la dotación complementaria de alimentos y micronutrientes para grupos específicos de población. Sin embargo, no se tiene una buena articulación entre los programas y acciones desarrolladas por las instituciones y los gobiernos subnacionales, generando duplicidades o vacíos que conviene sean corregidos para lograr mayor eficacia e impacto sobre los problemas nutricionales, particularmente de la población vulnerable. Asimismo, faltan espacios de intercambio y puestas de acuerdo entre los actores diversos vinculados al tema nutricional: productores, distribuidores y expendedores de alimentos, instancias reguladoras, investigadores y profesionales de la salud, entre los más relevantes.

Un nuevo espacio para la CT lo constituye el apoyo a los proyectos de Comunidades Productivas por la Seguridad Alimentaria, que enfatiza la construcción de alianzas estratégicas para mejorar las condiciones de nutrición, con énfasis en los

[71] Encuesta Nacional de Nutrición1999, Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México. 1ª. Edición 2001.

grupos de niños y mujeres en edad reproductiva de poblaciones marginadas.[72]

En el presente año, comenzó a funcionar en el país el Grupo Interagencial de Seguridad Alimentaria de las agencias de Naciones Unidas, que impulsa una mayor integralidad en el abordaje de los problemas nutricionales y facilita la acción conjunta con las instituciones del gobierno.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

2.3.1. Promover la generación y difusión de conocimientos y el fomento de Intervenciones intersectoriales en nutrición y suplementación alimentaria, por medio de alianzas estratégicas entre los productores y distribuidores de alimentos junto con las instituciones y grupos de profesionales de la salud que trabajan para promover buenas prácticas nutricionales y en la vigilancia del crecimiento y desarrollo.

2.3.2. Promover y apoyar proyectos de comunidades productivas, enfatizando la producción de alimentos para el autoconsumo familiar en especial en áreas rurales e indígenas.

2.3.3. Promover proyectos y estudios sobre el estado nutricional de madres y niños, considerando la vigilancia nutricional además de evaluar el impacto de intervenciones como el apoyo alimentario.

Principales contrapartes:

Un espacio relevante para impulsar la SAN es la red nacional y las redes estatales de municipios saludables, mediante el desarrollo de proyectos de municipios y comunidades productivas, que integren la participación de las dependencias públicas y privadas con la comunidad organizada. En el plano nacional, los Institutos

[72] Guía para los Alcaldes y Autoridades Locales en salud. Organización Panamericana de la Salud. 2004.

Nacionales de Salud Pública y de Nutrición de la SSA, son los referentes de excelencia para la generación de conocimiento y dar soporte técnico a las estrategias de intervención que implementan otras Secretarías de Estado, gobiernos estatales y municipales y la sociedad civil.

2.4. Prevención y mitigación de las emergencias y desastres.

México enfrenta al año un número considerable de desastres por fenómenos naturales, como huracanes y lluvias intensas que ocasionan inundaciones y deslizamientos, con ocurrencia también de sismos y erupciones volcánicas. La SSA y otras instituciones del sistema de Protección Civil tienen experiencias en la prevención, mitigación e intervenciones en situaciones de desastres naturales, contando con instrumentos y capacidades que le permiten reaccionar con rapidez para controlar los riesgos y atender las demandas incidentales. La experiencia nacional acumulada ha servido para cooperar con países de la región centroamericana y de otras latitudes en emergencias y contribuir a las respuestas organizadas, lo que generalmente se hace por la vía bilateral, aunque también se coordinan esfuerzos con organizaciones de cooperación multilateral como la OPS/OMS.

En el Instituto Nacional de Salud Pública, con participación de otras instituciones, se desarrollan cursos de capacitación en preparativos para desastres a funcionarios, directivos y técnicos de los países, promovidos y financiados parcialmente por la OPS/OMS, la Cruz Roja y otras organizaciones de cooperación. Hay experiencias de vanguardia en la definición de estándares de hospitales y de otros establecimientos de salud preparados para desastres y también en las prácticas de comunicación social e información a la población.

Es conveniente que las instituciones formadoras de recursos humanos, mantengan la capacitación de personal de acuerdo a las necesidades identificadas, con énfasis en la prevención de los efectos de los desastres en la población, para fortalecer el desarrollo de los programas nacionales, formar redes de personal altamente capacitado para otorgar una respuesta rápida, con habilidades para la toma

de decisión en situación de crisis.

En este sentido se podrá apoyar en la formación de personal que evalúe se cumpla con lo establecido en la normatividad vigente en esa materia, esto es en la certificación del personal que proporciona la atención pre-hospitalaria.

Otras áreas vinculadas al tema de preparativos para desastres donde el país requiere avanzar más son: incluir en las normas y en los lineamientos de atención y de organización de los establecimientos de salud criterios que mitiguen el impacto de las emergencias y los desastres en salud; sostener esfuerzos de preparación y capacitación a los directivos y técnicos de los niveles subnacionales (estatal, municipal y local); así como mejorar la organización y los procedimientos de atención pre-hospitalaria y de los servicios de emergencia, tema este último en que se trabaja en la adaptación al país de la guía de atención esencial al trauma promovida por la OMS.

En relación con el compromiso de poner atención sobre la conveniencia de trabajo conjunto de las instituciones del país en respuesta a peticiones para el apoyo de terceros países en casos de emergencia, se solicita agregar: “que es necesario participar y definir el procedimiento para definir que, como, cuando y donde se requiere el apoyo y en que participaría México, a fin de evitar dispendio de recursos”

Líneas de acción de la cooperación técnica:

2.4.1. Apoyar la formación de personal para que las instituciones mejoren sus capacidades de preparación y mitigación de daños causados por desastres naturales.

2.4.2. Fomentar la adopción de mejores estándares de atención en los servicios de emergencias y en la atención pre-hospitalaria.

Principales contrapartes:

Se trabajará con el conjunto de instituciones que forman el sistema de protección civil del país, en especial con las dependencias de la SSA , así como apoyar las gestiones nacionales para una mejor coordinación entre el sector salud y otras agencias y organizaciones de cooperación técnica, articulando acciones con Protección Civil de la Secretaría de Gobernación, el CENAPRED y la Cruz Roja. Se estará atento a la conveniencia de trabajo conjunto con las instituciones del país en respuesta a pedidos de apoyo de terceros países en casos de emergencias.

2.5. Salud familiar y comunitaria. Atención integral del niño, el adolescente y el adulto mayor.

La etapa del ciclo de vida en que se encuentran las personas impone desafíos particulares para la procuración de una mejor salud, siendo conveniente que los programas sanitarios organicen su ejecutoria reconociendo y tratando los problemas peculiares de cada etapa. En octubre de 2003 la SSA puso oficialmente en marcha la estrategia “Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida”, dirigida a asegurar que en las unidades médicas de primer nivel de atención se otorgue un conjunto de servicios para prevenir enfermedades y promover la salud de las personas, según la edad y el sexo de cada quien, a otorgarse independientemente del motivo de consulta. El instrumento medular de esta estrategia es el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, documento que se entrega gratuito a la población según el grupo que corresponda: Cartilla Nacional de Vacunación para niñas, niños y adolescentes de cero a 19 años; Cartilla Nacional de Salud para la Mujer de 20 a 59 años y para los hombres de 20 a 59 años; y para el Adulto Mayor de 60 años y más.

En el marco de la cooperación técnica de la OPS/OMS con el país, se reconoce como prioridad de trabajo a los grupos de niñas y niños menores de 9 años, las y los adolescentes y los adultos mayores, junto con las mujeres jóvenes y adultas.

La mortalidad infantil mantuvo una tendencia a disminuir durante la última década, estimándose en el 2003 en 20.5 defunciones en menores de un año por cada 1000 n.v. estimados, correspondiendo a los estados del sur (Chiapas, Guerrero y Oaxaca) las mayores cifras registradas, habiendo subregistro del dato que es diferente según los estados. Su componente más importante (60%) es la mortalidad neonatal relacionada principalmente con la falta de atención prenatal, el bajo peso al nacer y los partos antes de las 34 semanas de gestación. Cerca del 75% de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida y la tercera parte antes que el recién nacido cumpla 24 horas de vida, principalmente por problemas respiratorios y por anomalías congénitas.

La mortalidad registrada en menores de 5 años está disminuyendo, siendo para 2003 de 37 por 10 000 niños y niñas de esa edad, con gran abatimiento de las muertes por enfermedades diarreicas y respiratorias en los últimos años. De las muertes registradas, al menos el 20% son resultado del llamado rezago epidemiológico.[73,74]

Las sostenidas reducciones de la mortalidad y la morbilidad por infecciones en las y los niños se explican por las mejoras de acceso al agua potable, las mejoras en la educación, las altas coberturas de vacunación, el uso de la rehidratación oral, el suministro de antiparasitarios y vitamina A durante las semanas de salud y el mayor acceso general a servicios de salud, persistiendo diferencias entre los estados que deben tomarse con cautela por los subregistros existentes, asociadas a las malas condiciones de vida y el pobre desarrollo social, siendo los estados de sur-sureste y algunos del centro del país los que mantienen cifras más elevadas. Un esfuerzo importante de la SSA para mejorar la atención al menor de 2 años es la puesta en marcha el programa “Arranque Parejo en la Vida” que está concentran-

[73] Secretaría de Salud. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. Primera edición, 2003.
[74] Secretaría de Salud. Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas. Primera edición, 2004.

do recursos en las zonas de mayor rezago.

La población adolescente representa el 21.8 % de la población y para el 2015 formarán parte de la fuerza laboral más cuantiosa en la historia del país. La escolaridad promedio varía de 3 años en mujeres rurales a 9 años en los jóvenes urbanos, sólo 54% asiste a la escuela y al cumplir 19 años 83% la ha abandonado. Las y los adolescentes manifiestan como grupo problemas y necesidades que se constituyen en nuevos desafíos para el sistema de salud: en promedio inician la vida sexual activa (VSA) a los 16 años y el embarazo en ellos representa casi el 20% del total; los accidentes constituyen la primer causa de muerte en el grupo de 5 a 19 años y el suicidio se ha poco más que duplicado en mujeres de 11 a 20 años desde 1990; está aumentado la proporción que se inicia en el consumo y la adicción al tabaco, alcohol y drogas, que junto con las enfermedades de transmisión sexual representan importantes riesgos a la salud en esta población.[75]

El aumento de la esperanza de vida plantea nuevos retos al sistema de salud para mantener a una población de adultos mayores con una buena calidad de vida y atender a la demanda de servicios que les es propia. Nuevas estrategias de atención deben ser desarrolladas, considerando que aumenta el número de quienes viven solos, situación que junto con las demencias y las depresiones de la tercera edad, plantean problemas que la oferta de internación no resuelve, habiendo necesidad de cuidadores convencionales y no convencionales (familias, amigos, etc.) que asistidos por profesionales de salud, puedan brindar apoyo domiciliar y comunitario junto con las redes de vecinos, para que los adultos mayores vivan en forma autónoma en la comunidad. En 1999 se publicó la NOM de Atención al Envejecimiento, a ser aplicada en los servicios de salud.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

[75] Secretaría de Salud. Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas. Primera edición, 2004

2.5.1. Dar seguimiento y apoyar las estrategias nacionales para el cumplimiento de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio relacionadas con las y los niños, adolescentes y jóvenes, actuando conjuntamente con otras agencias del Sistema de Naciones Unidas en el reforzamiento de la respuesta nacional.

2.5.2. Apoyar la formulación e implementación de estrategias de promoción de la salud, activación física, lucha contra el sedentarismo, la obesidad y las adicciones, facilitando el conocimiento y aplicación de experiencias exitosas y promoviendo el intercambio con países que tienen un nivel de desarrollo socioeconómico y condiciones similares a las mexicanas.

2.5.3. Promover cambios en las instituciones de salud para la prestación de servicios clínicos y en la comunidad al adulto mayor, apoyando el fortalecimiento de redes sociales y contribuyendo a la aplicación de modelos que favorezcan la atención integrada a este grupo de población.

2.5.4. Promover la salud de los adolescentes, a través del fortalecimiento del marco técnico y normativo, así como la capacitación de los prestadores de servicios.

2.5.5. Promover investigaciones que ayuden en la implementación de estrategias para la promoción de la salud.

2.5.6. Estimular la aplicación de modelos que favorezcan la promoción de factores protectores de la salud y la atención integrada, facilitando el intercambio de experiencias exitosas con otros países de la Región.

Principales contrapartes:

El espectro de actores nacionales y locales con quien trabajar estas líneas de acción es muy amplio e involucra, además de la SSA en su carácter de rector del sistema de salud, a los diferentes prestadores de servicios públicos de salud, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de Atención a la Población Adulta Mayor (INAPAM) y ONGs diversas que desarrollan su trabajo según ciclo de vida. Importante también es el trabajo articulado con otras agencias del Sistema de Naciones Unidas, particularmente UNICEF y UNFPA.

2.6. Reducción de la violencia familiar, los accidentes y las lesiones.

Entre los años 2000 y 2003 la tasa de muertes por lesiones en México disminuyó discretamente. De 58.7 a 56.9 por 100 000 habitantes, pasando del octavo al séptimo lugar como causa de muerte general, siendo los hombres quienes en mayor proporción mueren (tasa de 92.2 vs. 23.5 en 2002), aunque aumentó ligeramente la tasa en las mujeres (22.6 a 23.5). Los accidentes de tráfico y los suicidios fueron los tipos de lesiones que incrementaron su tasa de mortalidad en el período, evidenciando la necesidad de priorizar el trabajo para su reducción.[76]

Una causa importante de lesiones, no bien contabilizada, es la violencia familiar, la cual atraviesa fronteras raciales, religiosas, educativas y socioeconómicas. En los últimos años diversas encuestas han arrojado evidencias sobre la magnitud de este problema. Se estima que un tercio de las familias mexicanas ha vivido situaciones de violencia, siendo las víctimas principales las mujeres, los niños, los adultos mayores y los discapacitados.[77] De las mujeres que viven con su pareja en el mismo hogar, el 47% reportó algún incidente de violencia emocional, física, eco-

[76] SSA. Dirección General de Información en Salud. www.salud.gob.mx/unidades/dgies/sinais/mortalidad/htm

nómica o sexual en los últimos doce meses en 2003.[78] Las usuarias de servicios de salud reportaron en más de 20% que padecieron de violencia de su pareja actual.[79]

La respuesta nacional a los problemas de lesiones y situaciones de violencia ha generado alianzas y agrupaciones diversas entre instituciones de gobiernos, de la sociedad civil y de Naciones Unidas, según el abordaje adoptado: desde la perspectiva de género, privilegiando los derechos y la protección de la mujer; desde el enfoque familiar, enfatizando en la protección de los niños, las mujeres y adultos mayores; y contra los accidentes de tráfico, trabajando en su prevención y la reducción de sus consecuencias sobre las personas. La Secretaría de Salud participa activamente en los esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para reducir las lesiones de todo tipo y retomando la iniciativa global de la OMS, convocó a la elaboración del Informe Nacional sobre la Violencia y la Salud, que debe fijar pautas para una mejor respuesta a esta problemática. Un caso de violencia que en los últimos años ha conmocionado la opinión nacional son las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez, que recibe una atención especial desde la Presidencia de la República.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

2.6.1. Reforzar capacidades para la formulación y aplicación de leyes, reglamentos y normas por las instituciones públicas nacionales y los gobiernos subnacionales, trabajando con múltiples actores para la formulación de agendas, articulación de esfuerzos y en labores de abogacía y cabildeo para la instrumentación de medidas que reduzcan las lesiones de todo tipo.

[77] Diagnóstico sobre la situación de los DH en México. Oficina del Alto Comisionado de las NU para los DH en México, 2003
[78] Ibidem, nota 50.
[79] Ibidem, nota 14.

2.6.2. Producir y divulgar conocimientos sobre la situación y medidas para la reducción de los accidentes y lesiones.

2.6.3. Apoyar intervenciones integradas contra la violencia intrafamiliar y medir los avances con indicadores de dominio público, propiciando la formación de redes sociales.

Principales contrapartes:

La instrumentación de estas líneas obliga a considerar a los numerosos actores involucrados, pero se concentrarán los esfuerzos y recursos de la cooperación de OPS/OMS en el trabajo con las instituciones nacionales, privilegiadamente con la SSA, buscando desarrollar la perspectiva de salud pública en el abordaje y la atención a las lesiones de todo tipo. El Grupo Interagencial de Género de Naciones Unidas es el espacio para la articulación entre las agencias de cooperación en la labor por la reducción de la violencia intrafamiliar y contra las mujeres, línea de acción donde el apoyo al trabajo en redes entre las organizaciones de gobierno y la sociedad civil es relevante de continuar profundizándolo.

2.7. Salud mental.

Existe una brecha importante entre las necesidades de la población en salud mental y los servicios para satisfacerlas, evidenciado en el estudio de Salud Mental 2000 de la OMS, que encontró en México que 12.2% de población urbana entre 18 y 65 años padecía de algún trastorno mental, correspondiendo 3.7% al tipo severo, 3.6% moderado y 4.9 leve.[80] Los principales problemas hallados fueron: la depresión en las mujeres y el consumo de alcohol en los hombres. Se detectó que una de cada diez personas con trastorno mental severo acude a alguna instancia de

[80] The WHO World Mental Health Consortiom. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA, june 2,2004; Vol 291, No. 21 (Reprint).

salud y que de estos, sólo la mitad recibe atención especializada, cifra que disminuye aun más en cuanto a la adhesión al tratamiento.[81]

Las autoridades nacionales de salud han reconocido la necesidad de mejorar la calidad de la atención en los hospitales psiquiátricos y transformar su estructura para hacerla más humana y respetuosa de los derechos de los pacientes internados, persiguiendo su recuperación y posterior inserción en la vida social plena.

En 2004 la OPS/OMS concluyó una evaluación de los servicios de salud mental, realizada a solicitud de las autoridades nacionales de salud, que entre sus recomendaciones principales establece la necesidad de integrar la salud mental al sistema general de salud, particularmente en el nivel primario de atención; avanzar progresivamente en opciones de hospitalización parcial y domiciliaria, promoviendo redes comunitarias de apoyo a los enfermos; y crear servicios de psiquiatría en los hospitales generales, sin ampliar el número de camas para internación, aunque sí mejor distribuidas. Estas recomendaciones sirvieron para tomar la decisión de impulsar una Reforma Psiquiátrica, que promoverá cambios importantes en esta esfera y se ha solicitado a la OPS/OMS que coopere técnicamente en este esfuerzo.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

2.7.1. Promover la inclusión de la salud mental en las políticas de salud con visión de servicios basados en la comunidad y respeto a los derechos de las personas con padecimientos mentales, estimulando la formación de redes sociales de apoyo y contribuyendo a la difusión de nuevos modelos de atención de la salud mental.

2.7.2. Propiciar la coordinación intersectorial e interinstitucional para el

[81] Medina-Mora ME y col. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de psiquiatría en México. Salud Mental, Vol.26,No. 4, Agosto 2003.

abordaje de los problemas de salud mental, incluyendo la actualización curricular de los planes de estudio de personal médico, de psicología, de enfermería y trabajo social, trabajando conjuntamente con las autoridades de salud, instituciones académicas y la sociedad civil organizada para transformar la atención.

Principales contrapartes:

La labor de cooperación en este campo tendrá un componente importante de trabajo con la autoridad nacional de salud, a través del Consejo Nacional de Salud Mental, pero tomará en cuenta a los numerosos actores institucionales y de la sociedad civil interesados en impulsar una política nacional de salud mental, que enfatice lo comunitario en la respuesta a la problemática actual. En el marco de Naciones Unidas, la salud mental está siendo abordada en el Grupo Interagencial de Derechos Humanos de Naciones Unidas.

2.8. Lucha contra las adicciones.

Las adicciones constituyen un problema de Salud Pública, jerarquizando la Secretaría de Salud como problemas principales el consumo de tabaco, de alcohol y de drogas ilícitas.

El consumo de tabaco está aumentado en la población con su secuela de impacto negativo en la salud de los mexicanos, considerándosele responsable del 11% de las defunciones totales. Entre 1988 y 1998 la cifra de mujeres que fuman se incrementó, pasando la razón de hombres a mujeres que fuman de 4:1 a 2:1, mientras que en 2002 se observó que la edad de inicio del consumo ha disminuido paulatinamente, siendo la prevalencia del tabaquismo en adolescentes más alta en las zonas urbanas que en las rurales y mayor en los hombres que en las mujeres.[82] El

[82] Secretaría de Salud. Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas. Primera edición, 2004.

uso de drogas alguna vez en la vida identificado en personas entre 12 y 65 años en 2002 era del 5% de la población mexicana, mientras que el consumo en el último año alcanzó el 1,3%, siendo la relación hombre a mujer de 4:1.

El alcohol se asocia a los accidentes, las lesiones por violencia, los homicidios, los suicidios y a la cirrosis, por lo que se está presente en dos de las cinco primeras causas de mortalidad. Se estima que el número de personas que padecen de alcoholismo y de otras adicciones ha aumentado y que la edad de inicio en el consumo y de abuso del alcohol ha disminuido,[83] a lo que se debe sumar un importante consumo clandestino que puede hasta duplicar el per cápita identificado.[84] También se ha observado en los últimos años un aumento de las lesiones intencionales y la violencia intrafamiliar asociada a su consumo.[85]

México fue el primer país de la Región en ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaco, se han implementado iniciativas para el control y la regulación de la publicidad y venta del tabaco, se desarrollan acciones para la disminución de su consumo, como la promoción de espacios libres de humo y se han creado las clínicas antitabaco para quienes desean dejar el hábito. Las instituciones de salud, particularmente el INSP, realizan estudios diversos sobre el consumo de tabaco que sirven para conocer mejor la situación, medir los cambios y decidir las acciones para el control y reducción de la prevalencia de este riesgo. En respuesta al problema de consumo de alcohol y drogas, los Centros de Integración Juvenil han incorporado estos temas a su quehacer y los grupos de Alcohólicos Anónimos tienen fuerza en el país, con aproximadamente 13 300 en funcionamiento.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

[83] SSA. Encuesta Nacional de Adicciones, 2002. México.
[84] Eduardo Menéndez Poblaciones abiertas, seguras y privadas: cambios, reorientaciones y permanencias en el sector salud mexicano; CIESAS. 2004. (en edición).
[85] INEGI INMUJERES UNIFEM. Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003.

2.8.1. Dar seguimiento a la aplicación de los contenidos del Convenio Marco para el Control del Tabaco, considerando que a otros países puede resultar útil el conocimiento de las experiencias mexicanas de aplicación de las medidas de control y los instrumentos de medición desarrollados en el país.

2.8.2. Estimular la formulación y aplicación de políticas, reglamentos y normas para ampliar la atención integral de las personas que padecen adicciones.

2.8.3. Generar conocimientos y evidencia científica sobre el alcoholismo como problema de salud, cooperando para la realización de estudios y en la organización de las respuestas.

Principales contrapartes:

En estos temas conviene que la cooperación de OPS/OMS mantenga relaciones con instituciones diversas, tal como está conformado el Consejo Nacional contra las Adicciones, considerando sostener contactos y dar apoyo a los investigadores y centros que trabajan la generación de conocimiento antropológico y social sobre las adicciones.

3. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

El perfil de salud del país se ha transformado en las últimas décadas y ahora son las enfermedades crónicas y los accidentes las principales causas de muerte y enfermedad en todos los grupos de edad como promedio nacional. Sin embargo, las denominadas enfermedades del rezago aun mantienen prevalencias altas en las áreas rurales y en los estados del sur-sureste del país, con tasas que van des-

de 48 a 165 defunciones por 100,000 habitantes.[86]

Esta área de cooperación incluye las siguientes tres prioridades:

3.1 Vigilancia, prevención y control de enfermedades infecciosas

3.2 Vigilancia, prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación

3.3. Vigilancia, prevención y control de enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión y cáncer).

3.1. Vigilancia, prevención y control de enfermedades infecciosas.

La mortalidad por enfermedades diarreicas y por enfermedades respiratorias agudas, cuya media nacional se ha reducido sostenidamente desde hace más de una década, es 2.4 y 1.7 veces más alta en los menores de 5 años del área rural con respecto a la urbana. Asimismo, las diferencias en morbilidad por enfermedades infecciosas son notables entre los Estados, tan solo Sinaloa, Sonora y Veracruz concentran cerca del 80% de los casos de dengue, mientras que en Chiapas ocurrió el 50% de los casos de malaria, es el único con tracoma, comparte la presencia de Oncocercosis con Oaxaca y también acumula el mayor número de casos de Chagas y Leishmaniasis del país.[87]

La malaria persiste en focos endémicos en 11 estados del país (Chihuahua, Sinaloa, Durango, Sonora, Nayarit, Michoacán, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Quintana Roo y Tabasco), con prevalencias más elevadas en los estados del sureste del país. En los últimos años se reemplazó el uso del DDT para el control del vector por acciones saneamiento con participación de la comunidad, logrando en el 2003 la cifra más baja de casos de paludismo por *Plasmodiun vivax* (3,819) y la menor tasa de incidencia (3,8 por 100 mil habitantes); experiencia que se está extendiendo a Centroamérica con apoyos financieros del PNUMA/GEF, la coordinación téc-

[86] Programa Institucional Oportunidades 2002-2006. Secretaría de Desarrollo Social. México DF, 2003.

[87] Dirección General de Epidemiología. SSA. http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/index.htm

nica de la SSA de México y ejecutado por la OPS y los gobiernos de los países de la Subregión.

Junto con estos problemas, se debe mantener una vigilancia activa de otros riesgos y enfermedades infecciosas potencialmente transmisibles a través de las fronteras y los contactos internacionales. El Virus del Oeste del Nilo (VON), la fiebre aftosa, la fiebre amarilla y el sarampión son algunas de las enfermedades que han obligado en los últimos años a que varias Secretarías de Estado (SAGARPA, SSA y SEMARNAT) implementen operativos de vigilancia animal y humana, con atención, prevención y control de riesgos para la transmisión de estas enfermedades.[88]

La tuberculosis pulmonar ha disminuido paulatinamente en los últimos años hasta alcanzar en el 2003 una tasa de 20,3 casos nuevos por 100 mil habitantes mayores de 15 años, con variaciones notables en los estados. En Guanajuato la incidencia de casos es casi 10 veces más baja que en Baja California, siendo este último estado junto con Chiapas, Guerrero y Tamaulipas los que cuentan con una tasa superior a 40 casos nuevos de TB por cada 100 mil habitantes de 15 o más años de edad. La cobertura con el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) alcanzó el 86% ese año y la mortalidad de todas las formas disminuyó de 7 por 100 mil en 1990 a 2.2 en 2003. Uno de cada cuatro casos está asociado a diabetes, desnutrición o VIH-SIDA. [89,90]

Desde el inicio de la epidemia de VIH-SIDA hasta el 30 de junio de 2004, en México se han registrado 76,311 casos, pero se calcula que existen alrededor de 160 mil personas infectadas por el VIH, de las cuales la gran mayoría corresponde al grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). El 84.3% del total de casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 15.7% a mujeres, esta-

[88] Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Secretaría de Salud, México 2002. http://www.ssa.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2002-08-29_373.html

[89] Secretaría de Salud. México Salud 2003. Información para la rendición de cuentas. Primera edición, 2004.

[90] Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Secretaría de Salud, México 2004.

bleciéndose una relación hombre-mujer de 5 a 1, la cual se incrementa a 8 a 1 cuando se analizan únicamente los casos acumulados por transmisión sexual. La prevalencia de la infección en jóvenes de 15 a 24 años comenzó a disminuir a partir del 2001 y se observa un incremento en las mujeres y los usuarios de drogas intravenosas (UDI). Otros grupos vulnerables son los migrantes, las trabajadoras sexuales, además de los hombres que tienen sexo con otros hombres, existiendo actualmente cobertura universal de tratamiento con antirretrovirales a los enfermos. Varias instituciones de salud de México (INSP, CENSIDA y FUNSALUD) desarrollan iniciativas y proyectos de capacitación, estudio y mejoras en el acceso al tratamiento para enfermos de Centroamérica y el Caribe, que han permitido compartir experiencias entre los países y movilizar recursos de fuentes externas.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

3.1.1. Facilitar la integración de México a iniciativas regionales y globales, facilitando el flujo de información epidemiológica entre países, promoviendo que los logros del sistema nacional de salud se conozcan y se aprovechen por otros países y organismos de cooperación.

3.1.2. Fortalecer las capacidades nacionales de prevención, control, eliminación o erradicación de enfermedades infecciosas mediante capacitación, asesoría, evaluación e investigación, y en los casos que se solicite, con acciones inmediatas frente a situaciones de contingencia.

3.1.3. Articular esfuerzos y movilizar recursos de CT en la lucha contra el VIH/SIDA la Tuberculosis y la Malaria.

3.1.4. Promover esfuerzos de colaboración en la implementación del proyecto regional del control del vector de la malaria sin uso de DDT, en coordinación con los gobiernos de los países centroamericanos y

otros socios internacionales de esta iniciativa.

Principales contrapartes:

La OPS/OMS promueve y facilita que se comparta información sanitaria y experiencias entre países, considerando que el amplio movimiento de personas y mercancías que caracteriza los procesos de globalización económica ha diluido notablemente la distinción entre problemas nacionales e internacionales de salud. La generación y apropiación por los países de bienes públicos nacionales, regionales y globales, como son: normas de atención y de regulación sanitaria, sistemas de información, etc., es tarea relevante, siendo múltiples los actores con quienes se requiere trabajar. En México, la lista de actores en el campo de las enfermedades infecciosas es extensa e incluye, además de la SSA federal, a las instituciones de seguridad social; varios institutos de investigación de la SSA; las Secretarías Estatales de Salud; otras Secretarías de gobierno, principalmente SAGARPA, SEMARNAT y SE; Comisiones nacionales e interpaíses creadas en el marco del acuerdos comerciales y entre gobiernos; otras agencias y organizaciones del Sistema de Naciones Unidas y de países donantes, así como instituciones financieras internacionales.

3.2. Vigilancia, prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación.

Las enfermedades prevenibles por vacunación (EPVs) pueden representan una carga social importante, pudiendo algunas de ellas ser causa importante de muerte o de años de vida afectados con discapacidad. En México el Programa Nacional de Inmunizaciones se estableció en el año de 1973, evolucionando en la década de los años noventa hacia un Programa de Vacunación Universal para los menores de 5 años, con hitos importantes de su desarrollo en 1997, al integrarse con otras actividades en lo que se denominó Programa de Atención a la Salud del Niño, y en el año 2000 al constituirse el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), cuyas acciones abarcan a la población menor de 10 años.

La tendencia de las EPVs en México durante la última década ha sido descendente. El último caso de poliomielitis ocurrió en 1990, de difteria en 1991 y no se reportan defunciones por sarampión desde 1995, registrándose brotes de esta última enfermedad en la ciudad de México en 2003 y 2004 asociados a la introducción de una cepa del genotipo H1, afectando inicialmente a los menores de un año y los adultos de 25 a 29, mudando al grupo de 15 a 29 años en 2004. Para controlar estos brotes se realizaron vacunaciones masivas de adolescentes y adultos jóvenes con vacuna SR, con el valor agregado de avanzar en la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita.

El sistema de salud mexicano tiene uno de los esquemas más amplios de vacunación del continente, al considerar la prevención de 11 enfermedades. El más reciente desarrollo fue incorporar la vacuna contra la influenza a menores de 5 años y los mayores de 65 años de edad en 2004, y para 2005 se contempla iniciar la vacunación contra rotavirus. En la aplicación de todos los biológicos se alcanzan coberturas superiores al 90% en los menores de un año y cercanas al 100% antes de cumplir los 5 años de edad. La cobertura con esquemas completos al año de edad en 2003 fue de 95.3%, con excepción del estado de México y el Distrito Federal que no alcanzaron el 90%, mientras que en niños de 1-4 años se logró el 97,9%, con un comportamiento bastante homogéneo en todos los estados.

Como estrategia de trabajo, las instituciones de salud desarrollan anualmente tres actividades intensivas: las Semanas Nacionales de Salud, que en conjunto con la vacunación realizada rutinariamente en las unidades de salud, han permitido alcanzar altas coberturas de vacunación contra las EPVs. Se mantiene un registro nacional actualizado de niños y los biológicos que han recibidos, así como existe un uso extendido de cartillas individuales donde se registran los datos de vacunación.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

3.2.1. Apoyar las políticas y estrategias nacionales en inmunizaciones, vinculándolas a iniciativas regionales y globales.

3.2.2. Compartir con las autoridades información relevante sobre elaboración y aplicación de nuevas vacunas y apoyar esfuerzos nacionales de producción de biológicos, mediante la difusión de material científico y técnico, el financiamiento de estudios de base y el fortalecimiento de la regulación sanitaria.

3.2.3. Proporcionar Cooperación Técnica a la Autoridad Reguladora Nacional para garantizar el Registro Adecuado de los productos biológicos que se introduzcan al país, en términos de Calidad, Seguridad y Eficacia.

3.2.4. Facilitar que las experiencias mexicanas y las capacidades técnicas de sus instituciones se compartan con otros países.

Principales contrapartes:

La lista de instituciones vinculadas a la CT de la OPS/OMS en el campo de las EPVs es extensa, dado que todas las instituciones públicas, en sus diferentes niveles administrativos, tienen participación en las campañas de vacunación; pero las tareas de CT en inmunizaciones tienen su referente privilegiado de interacción con la SSA, particularmente con el CENSIA, la DGE y el INDRE. En los temas de producción de biológicos y la regulación de su producción y circulación en el país, la cooperación se concentrará con la COFEPRIS, continuando los esfuerzos que se vienen realizando desde 2004 para el fortalecimiento de las funciones básicas de la autoridad regulatoria nacional incluyendo el registro de vacunas y mejorar las capacidades de evaluación de la calidad, así como con el INSP y el CENSIA en las tareas de investigación

.

3.3. Vigilancia, prevención y control de enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión y cáncer).

Las transiciones demográfica y epidemiológica del país ha aumentado la esperanza de vida al nacer de la población mexicana, que se estima continuará elevándose hasta llegar a 79.2 años para el 2025, con un importante crecimiento del número de adultos mayores que se asociará al aumento de las enfermedades crónico degenerativas, particularmente de la diabetes mellitus, lo que incrementará los costos de la atención médica. En la población mexicana de 20 a 69 años la prevalencia de diabetes para el 2000 fue de 10.75%. La mortalidad por diabetes ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas, ocupando en los últimos años el primer lugar como causa de muerte, al tiempo que es el motivo más frecuente de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y ocasiona complicaciones a los pacientes como retinopatía e insuficiencia renal. Los estilos de vida y los patrones de alimentación que prevalecen entre la población mexicana favorecen una epidemia de obesidad vinculada a esta enfermedad.[91]

Frente a este problema de salud, el país actualizó la NOM SSA-015-2000 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes que define las acciones preventivas a realizar por los sectores público, social y privado, así como procedimientos para su detección, diagnóstico, tratamiento y control. Se conoce que las instituciones de salud en varias regiones del país instrumentan iniciativas y proyectos innovadores de atención y seguimiento a los pacientes diabéticos, que generalmente no rebasan el ámbito local, careciendo la mayor parte de las veces de una rigurosa evaluación que oriente sobre la conveniencia de ampliar la experiencia.

Por tal motivo el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud en colaboración con instituciones públicas y

[91] SSA. Programa de Acción: Diabetes Mellitus. México, D.F. 2002.

privadas ha desarrollado diversas estrategias de investigación, comunicación social y educativa a fin de que la población perciba mejor el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles"92-93. Dentro de las estrategias destacan:

La medición de la cintura una estrategia de prevención: Investigaciones mexicanas señalaron que la circunferencia de cintura >90 cm tanto en hombres como mujeres es un indicador que predice riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, entre otras patologías, lo cual coincide con otros estudios internacionales.[94]

La talla baja, es un predictor de riesgo de padecer diabetes, presión alta e hipercolesterolemia: Las personas de baja estatura, es decir, hombres que miden 1.60 metros y mujeres de 1.50 tienen más riesgo a desarrollar una enfermedad cardiovascular.95

Cruzada Nacional contra el colesterol: La Secretaría de Salud conjuntamente con Sociedades Médicas apoyan la Cruzada Nacional contra el colesterol, a fin de realizar detecciones a personas que ignoran si tienen alterado el colesterol y prevenir Enfermedades Cardiovasculares en México.

El Proyecto DELTA México: DELTA es un proyecto que combina educación en diabetes para médicos y para pacientes. Con DELTA se pretende capacitar a más

[92] Sánchez-Castillo C,Berber A,Velázquez-Monroy O, Lara-Esqueda A,Tapia Conyer R & James P. Anthropometric cutoff points for predicting chronic diseases in the Mexican National Health Survey 2000. Obesity research March 2003;11 (3):442-451.

93 Lara Esqueda A, Aguilar Salinas C, Velázquez Monroy O, Gómez Pérez FJ, Rosas Peralta M, R Mehtal and Tapia Conyer R.The body mass index is a less-sensitive tool for detecting cases with obesity-associated comorbidities in short stature subjects. International Journal of Obesity (2004).

94 Sánchez-Castillo C,Berber A,Velázquez-Monroy O, Lara-Esqueda A,Tapia Conyer R & James P. Anthropometric cutoff points for predicting chronic diseases in the Mexican National Health Survey 2000. Obesity research March 2003;11 (3):442-451.

95 Lara Esqueda A, Aguilar Salinas C, Velázquez Monroy O, Gómez Pérez FJ, Rosas Peralta M, R Mehtal and Tapia Conyer R.The body mass index is a less-sensitive tool for detecting cases with obesity-associated comorbidities in short stature subjects. International Journal of Obesity (2004).

de 6 mil médicos generales en torno a la educación en diabetes, y así podrán ofrecer a sus pacientes la orientación necesaria y los dirigirán por el camino del "autocontrol".

La Re-Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA) representa un estudio mexicano de vanguardia en Salud Pública que será un parte-aguas en el tratamiento de las Enfermedades Crónico No Transmisibles como la hipertensión arterial. Es resultado de la información obtenida de 15 mil pacientes con hipertensión arterial una parte estudiada desde el año 2000 y que fueron seguidos durante cuatro años.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

3.3.1. Apoyar la implementación de políticas y estrategias nacionales, facilitando a los especialistas de México el acceso al conocimiento de proyectos innovadores en este campo, la articulación del país con iniciativas internacionales y colaborando con el desarrollo de investigaciones y estudios relacionados con las enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo, especialmente la diabetes mellitas, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer.

3.3.2. Promover la participación del País en el análisis de información relevante sobre nuevas tecnologías, iniciativas y estrategias que contribuyan a mejorar la vigilancia y monitoreo, el manejo, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo.

Principales contrapartes:

Las alianzas centrales para desarrollar la cooperación de OPS/OMS desde la perspectiva planeada son las instituciones públicas de salud y los institutos de in-

vestigación, particularmente el ICMNSZ y el INSP.

4. CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD.

Las actividades a través de las cuales se ejerce el liderazgo y la rectoría en salud tienen como meta mejorar la atención de salud y la salud pública, alcanzando sus efectos a los niveles nacionales y subnacionales. La SSA es la institución rectora del sistema y en ese carácter elabora las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), donde se establecen los contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional y de los servicios de salud, coordina los esfuerzos interinstitucionales en salud y es responsable de concentrar y analizar las estadísticas nacionales de salud, que permiten medir los avances, retos y obstáculos que enfrenta el sistema nacional de salud.

Para los fines de la cooperación de la OPS/OMS, en esta área se identifican las siguientes cuatro prioridades de trabajo:

4.1 Mejoría de la calidad y del desempeño gerencia.
4.2 Medicamentos y tecnologías en salud.
4.3 Sistemas de información en salud.
4.4 Globalización y salud.

4.1. Mejoría de la calidad y del desempeño gerencial.

Mejorar la calidad de la atención es uno de los principales retos asumidos por el sistema de salud. En el año 2001 se puso en marcha la "Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", que es un renovado esfuerzo, amplio y participativo, por mejorar la cultura de respeto a los usuarios de los servicios de salud. Su desarrollo ha incluido la definición y el registro de indicadores de calidad en unidades, la capacitación de trabajadores y directivos en áreas que inciden en la calidad, la elaboración y divulgación de los derechos de los pacientes y de códigos

de ética de enfermeras y médicos, así como el otorgamiento de apoyos técnicos y financieros para el desarrollo de proyectos locales que apunten a mejorar la calidad de los servicios. Las experiencias e instrumentos que utiliza la Cruzada despiertan el interés de otros países, así como ella se nutre de otros conocimientos y prácticas, por lo que las relaciones de intercambio internacional en estos temas se han ampliado en los últimos años, tanto por la vía bilateral como multilateral.

Actualmente, la intención de mejorar la calidad en los servicios de salud es un tema central en buena parte de las decisiones y acciones que se toman en las instituciones públicas de salud. Algunos indicadores sujetos a monitoreo revelan la situación de la calidad: la información recopilada durante 2003 en poco más de 4,200 unidades de primer nivel, mostró un tiempo de espera promedio para consulta médica de 26.2 minutos, con diferencias notables entre estados (de 13.5 en Veracruz a 67 en Baja California) y también entre instituciones (el más alto ocurre en el ISSSTE y el más bajo en el IMSS), calificando más del 90% de los usuarios como aceptable o muy aceptables los tiempos que esperaron para recibir atención. En los servicios de urgencias en hospitales, el tiempo de espera promedio fue de 17.7 minutos, superior al reportado el año anterior, y también hay diferencias notables entre estados, que pueden ser del triple de minutos, y entre las instituciones públicas aunque en un margen menor.[96]

Sobre la calidad técnica, se da seguimiento, entre otros indicadores, a la proporción de nacimientos atendidos por cesárea que fue 39.8% en 2003, considerándolo por encima de lo recomendado, con los servicios privados y el ISSSTE situados por encima del 50%, mientras el IMSS-Oportunidades es la única institución con un porcentaje de cesáreas por debajo de 20%.[97] También se mantiene la vigilancia sobre el abasto y surtimiento de las prescripciones médicas en las unidades de primer nivel, aceptándose que se necesita mejorar la gestión local y el abastecimiento, junto con la racionalización en el uso de medicamentos.

[96] Secretaría de Salud. Salud. México 2003. Información para la Rendición de Cuentas. Primera edición, 2004.
[97] Ibidem.

Hay otros desarrollos que también apuntan a mejorar la calidad como son la certificación de establecimientos, alcanzando en 2003 esta condición 389 hospitales (31% del total nacional); el crecimiento de las escuelas de medicinas y enfermería en proceso de acreditación; y la labor de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), cuyo desempeño y experiencias interesan de manera creciente a otros países.

Otros indicadores que permiten analizar las capacidades de atención de salud son el número de médicos por habitante, que en 2003 fue de 1.28 por mil habitantes y el de enfermeras que estaba en 1.75, valores bastante similares a los globales de América Latina y el Caribe, existiendo diferencias notables entre estados y en la proporción urbano/rural. Las relaciones entre instituciones académicas y de prestación de servicios enfrentan el reto permanente de una mejor coordinación para el trabajo conjunto, existiendo espacios formales de encuentro e iniciativas informales de intercambio, como el Programa Colaborativo de Recursos Humanos en Salud (PROCORHUS). La migración internacional de enfermeras mexicanas comienza a verse como un problema de potencial impacto en los servicios de salud.

En el tema de la gerencia de servicios de salud, todas las instituciones públicas desarrollan programas de capacitación para sus directivos y mandos medios en los diferentes niveles administrativos del sistema, se incrementa el uso de computadoras y se introducen programas automatizados diversos con base en criterios y decisiones que no siempre están estandarizados. La OPS/OMS es colaborador en varios de estos esfuerzos y en su práctica procura crear capacidades nacionales para la eventual extensión y profundización de las experiencias, entre las cuales destacamos el uso del sistema de información gerencial WinSIG que se emplea en más de 80 hospitales y el programa de capacitación a distancia para directivos del IMSS, ejecutado a través del Campus Virtual en Salud Pública, que en su primera experiencia durante 2004 y 2005 está capacitando a más de 80 mandos medios en temas de epidemiología, evaluación de servicios de salud y gestión de RR HH.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

4.1.1. Contribuir a una mejor coordinación y el intercambio entre instituciones de atención a la salud y de formación de recursos humanos, favoreciendo la formulación de agendas de trabajo comunes y facilitando la incorporación de las instituciones del país a iniciativas globales y regionales en materia de recursos humanos.

4.1.2. Facilitar el acceso a las experiencias con otros países y el intercambio en apoyo a las estrategias nacionales de calidad de la atención. La promoción y adaptación de bienes públicos internacionales a la realidad del país, compartir información sobre experiencias de vanguardia y facilitar el contacto entre países e instituciones, serán las vías privilegiadas en la colaboración.

4.1.3 Contribuir a la introducción y el perfeccionamiento de modelos que mejoren el desempeño gerencial en los servicios de salud, en apoyo a la reducción de iniquidades entre regiones y grupos de población.

Principales contrapartes:

Los actores a considerar en la ejecución de esta prioridad son las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las académicas encargada de la formación de pre y postgrado, teniendo la OPS/OMS un papel de reforzamiento de la interacción entre ellos en los espacios comunes de trabajo que existen o se creen. En el caso de las instituciones académicas, se privilegiará el encauzamiento de la cooperación a través de las asociaciones que las agrupan.

4.2. Medicamentos y tecnologías en salud.

Luego de la creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en 2001, la CT de OPS/OMS a las estrategias nacionales de desarrollo en medicamentos y tecnologías en salud ha tenido un renovado impulso, orientadas esencialmente al perfeccionamiento de la regulación sanitaria y el mejor conocimiento de las experiencias de avanzada de otros países.

En el tema de medicamentos, las autoridades reguladoras y destacados profesionales del país participan activamente en la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (PARF) que coordina la OPS/OMS, integrando cinco comisiones: Buenas prácticas de manufactura; Combate a la falsificación de medicamentos; Buenas prácticas clínicas; Clasificación de medicamentos; Bioequivalencia y control de calidad externo de laboratorios oficiales de control de medicamentos. Asimismo, se han desarrollado actividades de mejoramiento del sistema de fármacovigilancia, la automatización del registro nacional de medicamentos usando el software SIAMED y para la promoción de medicamentos genéricos.

Más recientemente, la colaboración en medicamentos ha tenido como principales líneas el fortalecimiento de las capacidades técnicas de la “Comisión de control analítico y ampliación de cobertura”, antes Laboratorio Nacional de Salud Pública, el impulso a las Buenas Prácticas de Laboratorio basadas en las recomendadas emitidas por la OMS y el mejoramiento del Registro Nacional de Vacunas.

En el ámbito de las tecnologías es salud, los temas de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías en salud (ETS) han vinculado a las instituciones nacionales con la OPS/OMS en los últimos años. A partir de 2003, con la creación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), se han desarrollo aun más la colaboración incorporando otras áreas como son: el intercambio de guías y especificaciones tecnológicas, estudios de costo-beneficios, desarrollo de redes de información, la certificación y acreditación de establecimientos de salud. El CENETEC ha devenido en un centro de referencia para la cooperación en tecnologías

en salud y sus especialistas son movilizados en tareas de esta naturaleza a otros países y para formar parte de grupos técnicos internacionales.

Existe una importante relación entre el CENETEC y la COFEPRIS. La primera está a cargo de dar asesoría para la adquisición de tecnologías de manera racional y costo efectiva, mientras que la segunda como competencias determinar el control sanitario de los procesos de uso, mantenimiento, importación, exportación, comercialización y disposición final de las tecnologías médicas.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

4.2.1. Articular iniciativas internacionales y de otros países con el desarrollo nacional para el uso racional de la tecnología y los medicamentos.

4.2.2. Contribuir a acercar a México con otros países de igual o mayor nivel de desarrollo en modelos de análisis de riesgos sanitarios y su manejo, así como en sistemas de información tecnológica y de medicamentos.

Principales contrapartes:

Las instituciones de salud privilegiadas para la CT de OPS/OMS serán de las instancias nacionales de regulación, particularmente la COFEPRIS y el CENETEC, estableciéndose también vínculos con las asociaciones civiles de profesionales, la industria productora de medicamentos y tecnologías, universidades y laboratorios de control, principalmente.

4.3. Sistemas de información en salud.

El país dispone de sistemas de información de salud desarrollados, que producen

información actualizada y confiable, alimentados nacionalmente por los sistemas de información de salud de cada institución prestadora de servicios. La SSA tiene el rol rector de la actividad, lo que le permite convocar al grupo interinstitucional de información en salud, con 20 años de existencia, donde se alcanzan consensos para homogenizar indicadores o decidir la inclusión de variables de interés para ciertos análisis. De esta manera se alcanza a concertar sistemas compatibles, que generan información y conocimiento de la situación de salud: población y cobertura, recursos, servicios prestados y daños a la salud. La generación de datos confiables y armonizados internacionalmente recibe el respaldo permanente de la OPS/OMS, al tiempo que se promueve el análisis de la información y su utilización en la toma de decisiones en los niveles directivos nacional y subnacionales.

La SSA elabora y publica anualmente un documento que denomina “Información para la rendición de cuentas”, donde presenta la evolución de los principales indicadores de salud y de gasto sectorial, analiza el desempeño de los principales programas de salud a nivel federal y entre los estados, e incorpora novedosos criterios de estudio y razonamiento.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, componente del sistema de información en salud, tiene un nivel de desarrollo alto y permite a la autoridad sanitaria sistematizar con rapidez la evolución de los principales problemas de salud y eventos bajo vigilancia, sirviendo como base para la toma de decisiones oportunas en salud. Las áreas que requieren mejorar su desarrollo son la vigilancia de riesgos de enfermedades crónicas degenerativas, ambientales, ocupacionales y las infecciones nosocomiales. El avance que tiene la SSA en este tema con respecto a otros países, hace que se le considere como actor de la cooperación técnica y hay pleno respaldo de sus autoridades a colaborar con otras naciones en el desarrollo de estándares y en la transmisión de experiencias e instrumentos.

Los sistemas de información continuos se complementan de manera importante con varias encuestas específicas realizadas en población cada varios años, algu-

nas de ellas en el marco de iniciativas globales de la OMS y OPS. El Instituto Nacional de Salud Pública tiene un centro específico para esta labor.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

4.3.1. Contribuir a la generación y utilización de información confiable que mejore la capacidad en la toma de decisiones, colaborando de manera diversa con la autoridad nacional en las transformaciones y modernizaciones que introduce a sus sistemas.

4.3.2. Promover el intercambio con otros países en sistemas de información de salud en el marco de iniciativas globales y regionales, facilitando que otros países se beneficien de los avances nacionales.

4.3.3. Contribuir a introducir ajustes en las instituciones para armonizar los sistemas de información, emitiendo recomendaciones como resultado de evaluaciones realizadas que alienten a la formulación de agendas de trabajo comunes.

Principales contrapartes:

El papel rector de la SSA en este campo lo hace sujeto privilegiado de la cooperación de OPS/OMS, tomando también contacto con otras instituciones generadoras de información como son la CONAPO y el INEGI, así como los distintos institutos nacionales de salud que tienen a su cargo la realización de encuestas.

4.4. Globalización y salud.

La mayoría de los países de América Latina han tenido en las dos últimas décadas importantes transformaciones económicas, caracterizadas por una mayor apertura comercial dentro del modelo de mercado y el impulso de los procesos de globali-

zación. Se ha interpretado que este modelo ha aumentado la vulnerabilidad social, al pugnar por la liberación del acceso a la explotación de los recursos naturales y propiciar la creación de mercados de producción y comercialización asimétricos en favor de los países desarrollados, teniendo como algunas de sus consecuencias la disminución del ingreso medio de los trabajadores y el aumento de las relaciones precarias de trabajo, con impacto negativo en los niveles de vida de las familias y profundizando las iniquidades sociales.[98]

Otra cara de la globalización, posiblemente la más notable, es el crecimiento tremendo del tráfico de mercancías y personas, siendo de interés para el sector de la salud por la eventual transferencia internacional de enfermedades, vectores y de hábitos de vida y consumo de servicios por las personas, que entrañan potenciales riesgos para la población y cambios en los perfiles sanitarios. La reacción primaria desde el sector salud a este desafío ha sido el fortalecimiento de los sistemas de regulación sanitaria y de control en las fronteras.

Pero la transferencia de riesgos no es la única consecuencia sanitaria de la globalización, es también generadora de una mayor acción colectiva en pro de la salud, dado el incremento de las comunicaciones por todas las vías que permite un mayor intercambio de información y conocimientos, permitiendo que se compartan las experiencias más fructíferamente al ser más rápidos los contactos internacionales y al interior de los países. Intrínsecamente ligado a la globalización está también la generación de Bienes Públicos Globales y una mayor apropiación de los mismos.[99,100]

Los procesos de globalización han acentuado la conveniencia y posibilidades de nuevos desarrollos en el sector salud, como son: el comercio transfronterizo de

[98] OPS. Globalización y salud. Documento presentado al 132 Comité Ejecutivo de OPS (Documento CE 132/15); Junio de 2003.
[99] Frenk J. y Gómez-Dantés O. Los sistemas de salud frente a la globalización. Informando y Reformando Boletín trimestral del NAADIIR/AL. No. 14; Oct-Dic de 2002.
[100] Providing Global Public Goods: Managing Globalization. Edited by Kaul I, Conceicao P, Le Goulven K and Mendoza R. Oxford University Press, New York, 2003.

servicios de salud; la armonización de la reglamentación sanitaria; y la importancia de hacer converger los criterios de formación de los profesionales de la salud y consecuentemente, de los registros y las pautas para la certificación de competencias. Encarar estos temas emergentes en el marco de los procesos de globalización, requiere de la OMS y sus Oficinas Regionales la ejecución de tareas de cooperación concertadas en los ámbitos mundial, entre países y a nivel nacional.

En el plano internacional, la condición de México como miembro de la OMC, integrante del Tratado de Libre Comercio (TLC) de América del Norte y que además mantiene acuerdos de libre comercio con más de 30 países de Europa, Asia y América Latina, implica una necesaria interdependencia con otros países y obvias repercusiones en la regulación sanitaria, la vigilancia epidemiológica, el comercio de equipos médicos, medicamentos y biológicos, y en la acción concertada internacionalmente para enfrentar la posibilidad de transferencia internacional de riesgos para la salud. Están también los compromisos asumidos por el país, entre los que destaca el cumplimiento de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio, por la clara vinculación que tejen entre la salud y el desarrollo y su trascendencia previsible en el quehacer de salud de los próximos años.

Líneas de acción de la cooperación técnica:

4.4.1. Generar y difundir conocimientos sobre las implicaciones de la globalización para el sector salud, promoviendo la realización de estudios específicos y compartiendo con las autoridades información estratégica sobre iniciativas internacionales de proyectos y estudios en este campo. La participación de especialistas mexicanos en grupos de trabajos internacionales, investigaciones multicéntricas y otras formas de intercambio científico es la vía para operar esta intención.

4.4.2. Contribuir al desarrollo y armonización de la regulación sanitaria nacional con la internacional, fungiendo como mediador y catalizador para alcanzar acuerdos entre países y la movilización de expertos

que asesoren desarrollos nacionales.

Principales contrapartes:

La SSA es la institución principal para la cooperación en el fortalecimiento de la regulación sanitaria, mientras que los centros académicos y de investigación científica del país lo son para la producción de conocimientos y la realización de estudios en este campo. Toca a las Oficinas Regional y Mundial de la OMS ciertas tareas de cooperación que su posición les facilita, como son: (a) crear bases de datos acerca del comercio de bienes y servicios de salud; (b) facilitar la colaboración entre los sectores de la salud y el comercio para la formulación de normas comerciales desde una perspectiva sanitaria; (c) así como el establecimiento de precios de medicamentos y otros bienes que consideren la prioridad de la salud por sobre otras consideraciones.

V. Modalidades de Cooperación Técnica de la OPS/OMS en México

La Estrategia de Cooperación con el País (ECP) 2005-2009 busca responder de la manera más efectiva, tanto a los requerimientos y necesidades de México, como a los mandatos globales y regionales de la OMS y la OPS. En el marco del ejercicio realizado en México, las participaciones de los actores del sistema de salud y la revisión de los documentos de políticas y estrategias sanitarias y las proyecciones del trabajo sanitario nacional, permitieron identificar las siguientes tres modalidades de cooperación técnica apoyadas en 9 orientaciones de trabajo a privilegiar para los próximos 5 años:

1. Fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones nacionales de salud
2. Catalizador y mediador para alcanzar consensos y en la abogacía por la salud
3. Sistematizar y divulgar las potencialidades y experiencias exitosas del Sistema de Salud mexicano.

El desarrollo de las tres modalidades de cooperación implicará un aprendizaje compartido, tanto de la OPS/OMS como de las instituciones y organizaciones de salud del país. Se anticipa que las mismas requerirán de revisión periódica conjunta por las autoridades de salud y la OPS/OMS.

1. Fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones nacionales de salud.

Esta modalidad de cooperación técnica incluye las siguientes orientaciones de trabajo:

1.1. Apoyo a las políticas nacionales de salud.

1.2. Cooperación intensificada en regiones con mayores necesidades en salud.

1.1. Apoyo a las políticas nacionales de salud.

Un aspecto central para alcanzar eficiencia y eficacia en la labor de la cooperación es el concepto de desarrollo nacional de la salud, entendido como el proceso de generación de condiciones e intervenciones para transformar de manera positiva los determinantes y la situación de salud de la población, que entraña principios de acción para los organismos internacionales, entre los que destacamos: (a) el reconocimiento al liderazgo de las autoridades nacionales en el proceso de salud y; (b) la función de la CT de apoyar la construcción de capacidades institucionales para que el país enfrente de manera autónoma y sostenida los problemas de salud.

Partiendo del carácter de federación que ostenta el país, donde los 32 estados tienen igual jerarquía y gozan de principios de autonomía y asociación, y tomando en cuenta la estructura segmentada del sistema de salud en varias instituciones prestadoras de servicios, el apoyo que desde la CT se dé a la política nacional de salud debe inscribirse como una contribución a la eficiencia del sistema público de salud, enfatizada en reforzar la coordinación de acciones y la combinación de recursos de las instituciones de salud, particularmente entre las que reciben financiamiento público.

La OPS/OMS tiene en los retos, objetivos, estrategias y planes de acción definidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 y en los documentos de política sa-

nitaria emitidos posteriormente, un hilo conductor de su labor y procura inscribir sus acciones de manera complementaria a estas líneas del desarrollo nacional del sistema de salud. Dimensionar la CT en salud a México, implica reconocer que sus magnitudes, medidas en aportes cuantitativos de recursos, siempre serán modestas comparadas con la inversión de recursos propios que realiza el gobierno del país.

En el trabajo operacional, los ejes conductuales para la CT de OPS/OMS son el apoyo a la rectoría en su componente normativo y reglamentario, a la democratización y la acción conjunta entre los actores nacionales, así como a la concertación de esfuerzos entre las agencias y organizaciones de cooperación. Mención particular se hace al trabajo con las instituciones de Seguridad Social, que no requiere de especificidades distintas en lo temático a las restantes instituciones de salud, pero sí en la planeación, el seguimiento y la evaluación, que implica una relación directa de la OPS/OMS con estas instituciones, particularmente con el IMSS, por ser la mayor de todas.

1.2. Cooperación técnica intensificada en regiones con mayores necesidades en salud.

La región sur-sureste de México concentra importantes rezagos en materia de salud, vinculados a la extensión de la pobreza, la existencia de desplazados, las migraciones, el déficit en la protección social y la presencia o crudeza particular de varias enfermedades infecciosas, algunas de las cuales como el tracoma y la oncocercosis sólo se presentan en esta zona del país. La OPS/OMS puede promover intervenciones en espacios críticos reforzando los planes locales, así como transferir conocimientos y tecnologías para controlar problemas de salud, contribuyendo a que la inversión sanitaria sea más específica a los requerimientos particulares de la región.

Hay experiencias y líneas de colaboración en marcha entre la OPS/OMS y las Secretarías de Salud de los estados de Chiapas y Oaxaca, que pueden ser ampliadas

en un nuevo marco de cooperación, donde la generación y el desarrollo de proyectos en estos estados sean prioridad de trabajo. Las posibilidades de trabajo de la OPS/OMS pueden ser variadas, incluyendo facilitar el diálogo entre actores diversos para formular agendas comunes y formar alianzas, proveer asesorías especializadas, dar respuesta con acciones inmediatas en casos de contingencia, apoyar el desarrollo de los recursos humanos en salud y contribuir a la movilización de fondos para el sector.

Los consultores de la Oficina de OPS/OMS en el país intensificarán su cooperación técnica con Oaxaca y Chiapas.

La OPS/OMS ha acumulado experiencias de descentralización de la CT a regiones y grupos especiales de población, llevadas a cabo durante la última década en Guatemala, Cuba, Brasil, Colombia y otros países, que sirven de base general a esta propuesta, adaptables a las realidades y requerimientos del país.

2. Catalizador y mediador para alcanzar consensos y en la abogacía por la salud.

Un reto notable de la SSA, en su carácter de rector del sistema nacional de salud, es la constante búsqueda y consolidación de espacios efectivos de intercambio y la construcción de agendas comunes entre instituciones, entendiendo como tal definir que hacer y como hacerlo, de modo que se evite la duplicidad de esfuerzos en el abordaje de los problemas de salud y se concentren los recursos disponibles en los grandes objetivos del desarrollo sanitario nacional, como son la reducción de desigualdades y la universalización de la protección social de la salud.

La condición de la OPS/OMS de agencia especializada de la cooperación técnica en salud dentro del Sistema de Naciones Unidas, la sitúa en posición de contribuir con la SSA y las demás instituciones de salud a enfrentar ese reto. Para el mejor desempeño de la cooperación en este ámbito, es necesario que la Oficina de país

cuente con análisis actualizados de hacia adonde avanza el Sistema Nacional de Salud, los obstáculos que enfrenta y las fortalezas con que cuenta, así como de las amenazas y oportunidades que provienen del contexto internacional, de modo que esté en posibilidad de dar los pasos necesarios para reforzar la respuesta nacional.

Expectativas diversas sobre la labor de la OPS/OMS en este sentido fueron debatidas en las reuniones y contactos sostenidos con los Directivos y otros actores del sistema nacional de salud durante el proceso de ECP, siendo señalados como ejemplos los siguientes: que convoque a foros de discusión en temas donde hay diferencias de opiniones o que requieren el concurso de actores de diversos sectores de la sociedad; que promueva el intercambio de información y experiencias, así como la difusión de conocimientos validados científicamente; hacer funciones de cabildeo apoyando el consenso en temas donde las posiciones entre actores están distanciadas; mediador o facilitador del diálogo entre decisores de políticas de salud y académicos; y promover la unidad de criterios y de acción entre las agencias de cooperación en salud y dentro del Sistema de Naciones Unidas.

La lista anterior no es exhaustiva sobre las posibilidades, reconociendo que la innovación y la creatividad tendrán que desplegarse en las circunstancias particulares de cada momento y tema. Esta es una orientación para la cooperación de la OPS/OMS en el país que no se agota en una propuesta inicial, debiendo ser periódicamente revisada a lo largo de los próximos años según las circunstancias del desarrollo nacional de la salud.

Esta modalidad de cooperación técnica incluye las siguientes cinco orientaciones de trabajo:

2.1. Apoyo al proceso de articulación de las agendas nacional e internacional en salud

2.2. Mayor impulso a la cooperación entre países

2.3. Fortalecer relaciones con las oficinas Regional y Mundial de la OPS/OMS.

2.4. Contribuir a procesos de evaluación externa de planes programas y proyectos, previamente acordados con la autoridades de salud del País.

2.5. Facilitar la apropiación de Bienes Públicos Internacionales (BPI) y el desarrollo de Proyectos Innovadores (PI) de interés al país.

2.1. Apoyo a procesos de articulación de las agendas nacional e internacional en salud.

La cooperación técnica internacional en salud evoluciona cada vez más hacia una acción conjunta entre los países, misma que se lleva a cabo por las vías bilaterales que establecen los países soberanamente, o también aprovechando los acuerdos entre varios países y las organizaciones multilaterales, determinado requerimientos crecientes de coordinación internacional a ser ejercidos como parte de la rectoría del sector salud por los países.

Cualquiera que sea el mecanismo, se reconoce que la CT en salud es un proceso en dos sentidos y que todas las naciones, independiente de su nivel de desarrollo, se benefician de él. Esta dimensión es mucho más que la transferencia de conocimientos y recursos de los que tienen a los que no tienen; es una actividad compleja sobre la que influyen diversos factores, como el grado de desarrollo de cada quien, los valores y la cultura, el idioma de los países y la concepción de solidaridad prevaleciente en las partes.

Así, la articulación de las agendas nacional e internacional es un importante acto de la cooperación técnica, basada en una relación horizontal de acción conjunta entre organizaciones de cooperación y los países, donde la mejor utilización de las experiencias y capacidades nacionales es un fin perseguido.

Los puntos de convergencia entre los planteamientos de las autoridades nacionales de salud y las posibilidades y los mandatos de CT que tiene la OPS/OMS,

permitieron identificar tres enfoques centrales a impulsar en México para esta orientación.

2.2. Mayor impulso a la cooperación en salud entre países.

La posición y capacidades de la OPS/OMS como agencia de cooperación técnica en salud, que sistematiza información y analiza las tendencias sanitarias, con Oficinas en todos los países de la región y de otros continentes y que promueve la colaboración entre países, le permite contribuir a la puesta de acuerdo entre las instituciones y los gobiernos de los países, tarea que desarrolla con notoriedad.

Complementariamente, se aumentarán los fondos asignados para proyectos de cooperación técnica entre países (CTP).

Otra vertiente de trabajo será dar mayor impulso a la cooperación entre países para enfrentar obstáculos al desarrollo sanitario y problemas de salud comunes, donde el sello nuevo sería promoverla en espacios diferentes a la tradicional integración subregional, pensando en impulsarla hacia países de ingreso medio alto y con un nivel de desarrollo similar a México, como pueden ser Brasil, Chile y Argentina en las Américas, o China, Tailandia y Sudáfrica en otros, sin perder el contexto de cooperación sur-sur. Para lograr este propósito, son las Oficinas Global y Regional quienes están en la mejor posición para generar y diseminar información sobre intereses de investigación, compartir información clave sobre problemas que representan amenazas regional o global e impulsar el establecimiento de agendas de trabajo compartidas.

2.3. Fortalecer relaciones con las oficinas Regional y Mundial de la OPS/OMS.

Un país como México, con el grado de desarrollo que tiene su sistema de salud y las capacidades de sus instituciones para realizar investigaciones y generar conocimiento, necesariamente se vincula con funciones de la cooperación que compe-

ten directamente a las Oficinas Regional y Global de la Organización. Se identifican dos espacios de renovación en las relaciones del país con las Oficinas Regional y Global de la OMS: Facilitar el acceso y la apropiación por las instituciones de salud del país de los Bienes Públicos Globales (BPG); y potenciar el papel de México como actor de la CT en salud pública internacional, apoyando que comparta sus experiencias de vanguardia con otros países. Ambos abordajes tiene aristas comunes que los hacen complementarios.

De manera general, se identifican formas diversas en que la OPS/OMS puede intensificar su contribución a promocionar los desarrollos del sistema de salud mexicano: utilizar los foros, reuniones y otros espacios donde concurren los directivos de salud de los países para presentar las experiencias, modelos y metodologías de probado éxito; facilitar los contactos entre instituciones y gobiernos, lo que puede estar ligado a proporcionar apoyo técnico y financiero complementario para realizar intercambio de especialistas o documentación técnica; y también incrementar las propuestas de proyectos de cooperación técnica entre países (CTP/TCC) a través de OPS, los que desde 2003 han aumentado su número con respecto a periodos anteriores.

Otra vertiente de trabajo es incorporar a las instituciones y el gobierno de México como actor de la cooperación con lugar propio en las agendas internacionales que OPS/OMS maneja, participando en los proyectos como agencia con responsabilidades compartidas en las actividades de colaboración y aportando sus especialistas para la ejecución de las tareas técnicas.

2.4. Contribuir a procesos de evaluación externa de planes, programas y proyectos, previamente acordados con las autoridades de salud del País.

En numerosas ocasiones, la OPS/OMS ha actuado en México como evaluador externo de programas nacionales y en la medición del avance de planes y proyectos de salud, para lo cual ha movilizado expertos internacionales quienes junto con

profesionales nacionales han aplicado instrumentos de medición existentes o metodologías elaboradas *ad hoc*, generando informes independientes que fueron entregados a las autoridades de salud. Entre las áreas trabajadas en los últimos cinco años o con posible proyección a futuro, caben señalar: cobertura de los servicios de salud, salud integral del niño, vacunación, enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis, registro sanitario de vacunas y los servicios de salud mental.

En otros casos, las contribuciones de la cooperación técnica son parciales a la evaluación o medición, centrándose en proporcionar asesoría técnica a las instituciones nacionales encargadas, facilitar el acceso y la transferencia de métodos (encuestas, guías, tecnologías, etc.), asignar recursos financieros, facilitar el conocimiento de otras experiencias o formar parte de los grupos técnicos, como aportes más frecuentes. Algunos de los temas trabajados o con perspectivas de cooperación inmediata son: tabaquismo, preparativos para desastres, promoción de la salud, municipios y espacios saludables, evaluación de tecnologías en salud, cáncer cérvico-uterino, calidad del agua y del aire, contaminantes ambientales, acreditación de instituciones académicas, nuevas vacunas y otros.

Un orientación clara obtenida del proceso de ECT/CCS en el país, es el interés de las instituciones mexicanas de salud de que la OPS/OMS mantenga una activa labor en tareas de esta naturaleza, mencionándose como espacios de trabajo a los siguientes: actuar como agente evaluador en temas donde la Organización tiene reconocida capacidad; identificación e importación de metodologías y herramientas no existentes en México; el aporte de criterios a las metodologías de evaluación de los planes de acción; la promoción del intercambio y el conocimiento de otras experiencias; la movilización de recursos financieros para llevar a cabo las evaluaciones y mediciones del desarrollo; y el apoyo al establecimiento de agendas de investigación.

2.5. Facilitar la apropiación de Bienes Públicos Internacionales (BPI) y el desarrollo de Proyectos Innovadores (PI) de interés al país.

En los últimos años, el acceso y apropiación de los bienes públicos internacionales ha adquirido realce en el contexto reinante de globalización y mayor intercambio entre los países dentro de los bloques económicos y comerciales formados, que ha conllevado a que muchas de las normas de regulación y directrices para la producción y del desarrollo científico requieran ser actualizadas y armonizadas entre las naciones, a lo cual el sector salud no es ajeno.

A la OMS le atañe el liderazgo en las iniciativas de salud pública internacional y es generadora y promotora de bienes públicos de naturaleza diversa como son: la información técnica sistematizada y validada; tecnologías y modelos innovadores para abordar problemas de salud; normas, guías y reglamentos elaborados en el ámbito internacional y de conveniente adaptación a los contextos nacionales; formulación de agendas y criterios para el desarrollo de investigaciones; la convocatoria a acciones globales para abordar temas de salud; y otros beneficios, en cuya coordinación y facilitación del acceso a los países tienen responsabilidades esenciales las Oficinas Global de la OMS y Regional de la OPS, esta última para los países de las Américas.

De igual manera, la OPS/OMS conoce y en ocasiones participa en la búsqueda de fondos para el desarrollo de proyectos innovadores en salud, orientados a la obtención de información nueva e internacionalmente comparable, o también el abordaje de los retos emergentes y la solución a problemas de salud. Para este último caso, un criterio importante de tomar en cuenta al seleccionar a los países |donde se ejecutará la prueba, es la capacidad que tengan para después colaborar en la extensión de la experiencia, tarea en las que instituciones mexicanas manifiestan un notable interés.

La referencia a los BPI y los PI que requiere el país pueden ser de gran amplitud temática, pero en las reuniones y análisis realizados en el marco del proceso de definición de la ECP de OPS/OMS para los próximos cinco años, tuvieron una mayor vinculación con la generación de capacidades para reconocer y abordar los nuevos retos que enfrenta el sistema nacional de salud, tales como los problemas derivados del mayor envejecimiento de la población y el incremento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, los accidentes y las lesiones.

La naturaleza de las contribuciones que la OPS/OMS puede hacer al país en esta modalidad de CT incluyen:

- Poner en conocimiento de las Instituciones Mexicanas de Salud los BPI y los PI, lo que puede ser complementado con cooperación técnica y financiera para su adaptación a la realidad nacional, o con la facilitación de las coordinaciones entre países, para que todos se beneficien desde mejor posición.
- Compartir información estratégica del ámbito internacional con las autoridades nacionales –nuevas enfermedades, tendencias sanitarias, desarrollos novedosos, etc.
- Dar apoyo en el país a posiciones de interés global relacionadas con la salud pública -prevención de la violencia, los accidentes, las adicciones, reducción de la pobreza y otras.
- Desarrollar contactos con agencias y organizaciones de cooperación en salud, para la mejor articulación de los esfuerzos y los recursos externos que se movilizan al país en temas nuevos de la salud pública.

3. Sistematizar y divulgar las potencialidades y experiencias exitosas del sistema de salud mexicano.

Las instituciones de salud de México invierten en investigación sanitaria y desarrollan experiencias controladas para enfrentar y solucionar los problemas sanitarios o de la prestación de servicios de salud, juzgadas muchas veces como exitosas o

innovadoras por sus realizadores, pero que no siempre se documentan de manera suficiente para que sus resultados sean aceptados y extendida su práctica a otros escenarios. También ocurre que la falta de difusión de los resultados limita la posibilidad de reproducción y más lamentable aún, su desconocimiento por otras instituciones o instancias diferentes a donde inicialmente se llevaron a cabo, hace que se repitan los procesos y se dupliquen esfuerzos, ocasionando gastos de recursos humanos, materiales o de tiempo- que podían haberse ahorrado.

Reconociendo este contexto, durante el proceso de ECP numerosos actores del sistema de salud mexicano recomendaron que la OPS/OMS juegue un papel más activo en apoyar esfuerzos institucionales de sistematización de las experiencias innovadoras, concibiendo como tal la inversión de recursos de la CT en mejorar los diseños experimentales, asesorar la redacción de protocolos, participar directamente o apoyar la evaluación de resultados y contribuir a la difusión de los resultados, así como promover la extensión y eventual generalización de las experiencias, labor esta última que puede cumplirse tanto en el ámbito nacional como internacional.

Un concepto asociado a esta modalidad es el de Organizaciones o Centros de Referencia para el Trabajo de OPS/OMS. Rara vez ocurrirá que una organización de cooperación pueda asumir de manera exclusiva la sistematización y difusión de experiencias de éxito, requiriendo para ello de colaboradores con quienes cumplir las labores técnicas que esto implica. Así, es necesario identificar y trabajar con centros y organizaciones del sistema de salud con experiencia y prestigio, con el eventual valor agregado de contribuir a superar la falta de contactos, recelos y presunciones sobre el posicionamiento de las otras instituciones o inercias en las operaciones.

No es una dirección en que se parta de cero en el país. En las últimas décadas, las instituciones nacionales de salud de México (SSA e IMSS) han ejecutado los grandes proyectos desarrollados con fondos otorgados por instituciones financieras in-

ternacionales (IFIs), delegando algunos de sus componentes (p.ej.: capacitación, evaluación, etc.) a otros centros y organizaciones del país. En un plano menor, hay experiencias de OPS/OMS y de otras agencias de creación de capacidades para la enseñanza o la aplicación de instrumentos y modelos en centros y organizaciones seleccionadas, como son Institutos nacionales, Secretarías Estatales de Salud, Instituciones académicas y ONGs, quienes luego desarrollaron el proceso de extensión al interior del país.

Conviene precisar que en la identificación y el trabajo con centros y organizaciones nacionales de referencia para la cooperación técnica, resulta imprescindible tomar en cuenta el criterio de la SSA como rector del sistema de salud.

Esta modalidad de la cooperación técnica incluye las siguientes dos orientaciones de trabajo:

3.1. México como actor de la cooperación técnica internacional en salud.
3.2. Mayor aprovechamiento del desarrollo científico y de las capacidades de formación y adiestramiento en México.

3.1. México como actor de la cooperación técnica internacional en salud.

La OPS/OMS colaborará en la promoción de las instituciones mexicanas de salud como actores de la cooperación técnica internacional. Este esfuerzo se dirigirá, en primer lugar, hacia los cinco países identificados con necesidades de cooperación técnica intensificada (Haití, Guyana, Honduras, Nicaragua y Bolivia) en el programa de trabajo 2003-2007 de la OPS. También lo serán los restantes países de la región Mesoamericana, dado que la política exterior mexicana manifiesta hacia ellos un interés de desarrollo mancomunado, al compartir con el sur de México condiciones geográficas y sociales comunes, patrones de migración homogéneos y rezagos en salud de similar naturaleza.

En el plano operativo, la Oficina en México de la OPS/OMS destinará cierta cantidad de fondos para usarlos en forma complementaria a los recursos que el Gobierno dedique para la colaboración internacional en salud, que pueden servir para iniciar el contacto con otros países que faciliten el conocimiento de las experiencias mexicanas o para apoyar que las capacidades de formación y adiestramiento de las instituciones de salud mexicanas atiendan necesidades de otros países.

Otras estrategias de la OPS/OMS serán la promoción y el apoyo para que las instituciones mexicanas de excelencia apliquen al proceso de nominación para ser Centros Colaboradores de OMS, lo que facilitará que alcancen un papel más activo en la cooperación técnica internacional. En la actualidad la OMS cuenta con siete centros colaboradores en México[101] y uno más está en trámite para ser nominado

3.2. Mayor aprovechamiento del desarrollo científico y de las capacidades de formación y adiestramiento en México.

México tienen un largo historial de participación activa en la cooperación técnica de salud en la Región, desarrollada tanto por la vía bilateral como multilateral, que en la actualidad se refuerza con el impulso que está dando el gobierno a la cooperación en el continente, siendo el Plan Puebla-Panamá un claro ejemplo de articulación de agendas de desarrollo entre gobiernos, donde el sector salud cuenta con temas y proyectos definidos.

El país cuenta con reconocidas capacidades de formación, adiestramiento e investigación en sus instituciones, que pudieran ser utilizadas más intensamente por otros países. Desde siempre, numerosos latinoamericanos han cursado sus estudios de formación y especialización en México, en muchos casos financiados por la nación mexicana a través de acuerdos de colaboración científica entre países y

[101] WHO Collaborating Centres. Golbal Database. http:// www.who.org

también mediante becas ofrecidas por las propias instituciones o los organismos internacionales.

Cabe señalar como importantes instituciones de investigación, enseñanza y producción de conocimiento del sistema de salud mexicano, a los 12 Institutos nacionales de salud –al que se incorporó recientemente el de Medicina Genómica como número doce-, los Centros Médicos del IMSS, así como destacadas Facultades y Escuelas de Medicina, Enfermería y de otras profesiones de la salud, quienes mantienen relaciones de cooperación e intercambio con centros de todo el mundo. El Centro de Salud Ambiental del INSP, el Instituto Nacional de Psiquiatría, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y los departamentos de Genética y Biología Reproductiva del ICMNSZ tienen la categoría de Centros de Colaboración de la OPS/OMS y a finales del 2004 otras dos instituciones están cursando el proceso de nominación.

Durante el proceso de ECT se reconocieron pautas de trabajo para la OPS/OMS que se encuadran dentro de esta modalidad y que se plantea seguir impulsando en los próximos años:

- Promocionar en el exterior los programas de postgrado de salud pública, epidemiología y especialidades afines que existen en universidades, escuelas e instituciones mexicanas y dar eventual financiamiento para becarios.
- Establecer programas de capacitación internacional en instituciones mexicanas, en temas donde haya un reconocido desarrollo.
- Aliento a la participación de las instituciones mexicanas en investigaciones multicéntricas internacionales.
- Participación de profesionales y científicos mexicanos en grupos técnicos regionales y globales, así como en asesorías técnicas a otros países.

VI. Transformaciones Estructurales y Funcionales

1. Organización funcional.

A partir del 2006, se propone que la Representación de la OPS/OMS en México adopte una organización de carácter funcional, que permita llevar operacionalizar las líneas de acción a partir de un enfoque matricial (anexo 1) que facilite la interacción entre las cuatro áreas de cooperación técnica y las modalidades de cooperación previamente identificadas y descritas en los capítulos dos y tres de este documento.

El esquema de trabajo a ser adoptado es el presentado en la página siguiente:

Este esquema de trabajo substituirá el organigrama de carácter estructural que por años delimitó las jerarquías y formas de trabajo. (anexo 2)

Una organización de carácter funcional permitirá organizar en forma más integrada y coherente la capacidad de trabajo de la Representación, a través del trabajo en equipo, lo que permitirá aprovechar al máximo las potencialidades de los recursos humanos asignados a la Representación.

Concomitantemente con la adopción de una organización de carácter funcional, se iniciará un proceso de simplificación administrativa que permita asimismo agilizar la capacidad de respuesta de la Representación ante la cada vez más diversificada y creciente demanda de cooperación técnica.

2. Recursos humanos necesarios.

Durante el bienio 2004 – 2005, la Representación de la OPS/OMS en México tiene una planta de 32 funcionarios. De ellos 8 son profesionales internacionales, 4 profesionales nacionales, 20 de apoyo administrativo y secretarial (que incluyen a 5 contratados a través de una agencia de empleo) y tres del Programa de Libro de Texto (PALTEX) financiados por PAHEF.

A Partir del Bienio 2006 – 2007 y después de haber analizado diferentes opciones, se propone constituir un núcleo básico de trabajo que en los años próximos pueda asumir las prioridades y líneas de acción de la cooperación técnica identificas durante el ejercicio de ECP 2005 – 2009. Se propone que este núcleo básico sea constituido por 22 funcionarios. De ellos, 8 son consultores internacionales y 14 de apoyo administrativo, operativo y logístico. Los profesionales que integrarían el núcleo básico serían los siguientes:

- Representante
- Administrador
- Epidemiólogo, especialista en sistemas de información y equidad en salud
- Epidemiólogo, especialista en vigilancia, prevención y control de enfermedades
- Especialista en servicios de salud
- Especialista en promoción de salud
- Especialista en salud ambiental
- Especialista de protección del consumidor

El núcleo básico incluye además a 13 funcionarios administrativos y de apoyo así como un profesional nacional responsable de los servicios de informática de la Representación, organizados en tres grupos de trabajo. El primero, atendiendo la Gestión de los Recursos de Información y del Conocimiento. El segundo, la Gestión del Apoyo a Programas y Recursos Humanos, y el tercero el de Gestión de Recursos Materiales y Servicios Logísticos.

Considerando las prioridades y líneas de acción de la cooperación técnica seleccionadas, se anticipa que durante el Bienio 2006 – 2007 la Representación de la OPS/OMS en México asumirá una creciente responsabilidad en apoyar la ejecución de varios proyectos con financiamiento externo. (tablas 1 y 3) Para una eficiente ejecución de estos proyectos será necesario contratar en forma temporal, y sólo por el período de duración de los proyectos correspondientes, a funcionarios técnicos y administrativos de apoyo, atendiendo las negociaciones específicas sostenidas con las autoridades nacionales de salud y los donantes de los proyectos. A la fecha se prevé que para el Bienio 2006 – 2007 se necesitará contratar en forma temporal a 10 funcionarios. De ellos, tres profesionales nacionales y seis funcionarios administrativos y de operación.

Como parte de la política de la OPS de descentralizar recursos de la oficina regional a los países, a partir del 2006 tendrá sede en la Representación en México, el asesor regional en salud urbana, bajo la modalidad de contrato de STP.

En resumen, durante el Bienio 2006 – 2007, se anticipa que la Representación contará con un plantel de 35 funcionarios, incluyendo los tres funcionarios de PALTEX financiados por PAHEF.

TABLA 1

Recursos Humanos de la Representación de OPS/OMS en México. Bienios 2006-2007 y 2008-2009						
	Profesionales Internacionales PI	Profesionales a Corto Plazo STP	Servicios Generales SG	Profesionales Nacionales NAP	Agencia de Empleo AGE	Totales
Núcleo Básico de la Representación	8	-	13	1	-	22
Temporales por Proyecto	-	1	-	3	6	10
Paltex	-	-	-	1	2	3
Totales	8	1	13	5	8	**35**

3. Presupuesto regular.

Como resultado de las políticas adoptadas por el Consejo Directivo de la OPS, en el sentido de concentrar mayores recursos en los países con mayores necesidades en salud, el presupuesto regular de la OPS asignado a la Representación en México para el Bienio 2006 – 2007 sufrió un decremento de US$ 109, 400, equivalentes al 1.72%. (Tabla 2)

La proporción de recursos asignados a fondos de la cooperación técnica se han incrementado en US$ 129, 000 producto de economías resultantes de modificar las modalidades de contratos de tres funcionarios internacionales a ser reclutados en

los meses próximos, quienes en lugar de ser contratados bajo la escala regular de las Naciones Unidas, serán contratados bajo la modalidad de STPs.

TABLA 2

Presupuesto Regular OPS/OMS – México (expresado en US$)						
Bienio	Porcentaje del presupuesto regular asignado al país	**Techo presupuestal fondos México**	**Fondos para Cooperación Técnica**		**Fondos para Recursos Humanos**	
2004-2005	6.42%	6,357,400[1]	2,879,800	45.3%	3,477,600	54.7%
2006-2007	6.31%	6,248,000[2]	2,792,200	44.7%	3,455,800	55.3%
2008-2009	6.18%	6,280,000[3]				

Notas:
1. OD-307: Documento oficial 307, 132ª. Sesión del Comité Ejecutivo
2. OD-317: Documento oficial 317, 136ª. Sesión del Comité Ejecutivo
3. Estimaciones preliminares

4. Presupuesto de los proyectos extrapresupuestarios.

Como resultado de negociaciones entabladas con autoridades de salud y con donantes, la Representación de la OPS/OMS en México ejecutará tres proyectos con fondos extrapresupuestarios (Tabla 3) Otros proyectos están en negociación, en particular con COFEPRIS.

TABLA 3

Proyectos extrapresupuestarios **Bienio 2006-2007**	**Donante**	**Cantidad** **(expresada en US $)**
Prueba Piloto Vacuna del Sarampión en aerosol	OMS	$1,500,000[1]
Tuberculosis	USAID	$1,098,200
Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin el uso de DDT en Centroamérica y México	PNUMA	$1,534,422
Total		**$4,132,622**

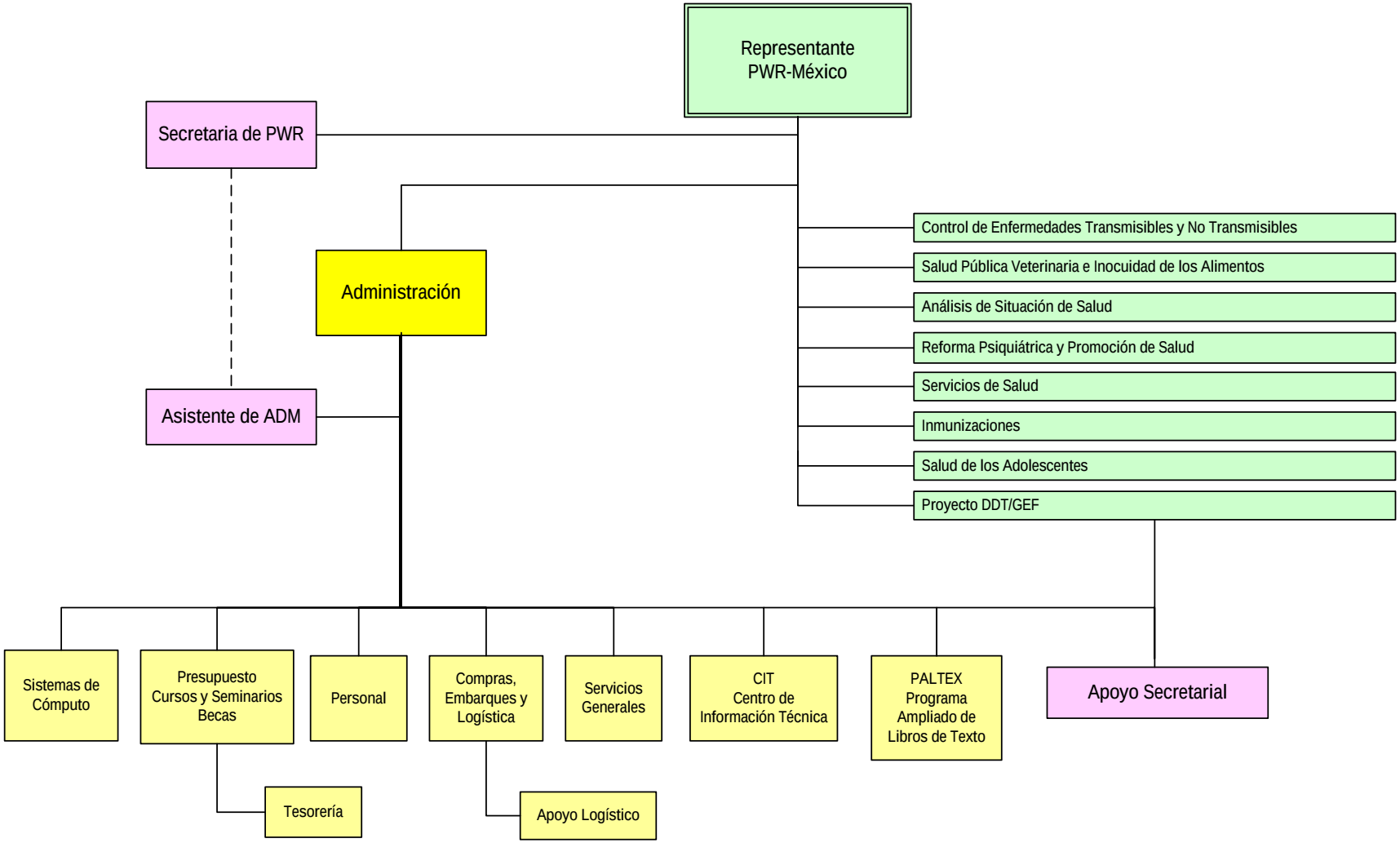
Notas:
1. Monto estimado

Anexo 1. Líneas de acción según área de cooperación técnica y modalidad de cooperación.

MODALIDAD DE COOPERACIÓN TÉCNICA	AREA DE COOPERACIÓN TÉCNICA			
	EQUIDAD Y SALUD	REDUCCION DE RIESGOS Y PROMOCION DE LA SALUD	VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD
FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL NACIONAL	1.1.1. Contribuir a hacer efectivas las metas operativas propuestas. 1.1.3. Promover proyectos acerca de la percepción, participación y satisfacción social sobre las intervenciones. 1.2.2.Investigación y docencia relacionados con la medicina tradicional, 1.3.1. Reducción de la mortalidad materna.	2.1.1. Apoyar la formulación e implementación de políticas gubernamentales sobre la disposición conveniente de residuos, la dotación de agua limpia y el control de emisiones tóxicas. 2.2.1. Apoyar en la formulación e implementación de reglamentos, normas y prácticas de inocuidad de alimentos. 2.3.3. Promover y apoyar proyectos de comunidades productivas. 2.3.4. Promover estudios sobre el estado nutricional de madres y niños, considerando la vigilancia nutricional además de evaluar el impacto de intervenciones como el apoyo alimentario. 2.4.1. Apoyar la formación de personal para que las instituciones mejoren sus capacidades de preparación y mitigación de daños causados por desastres naturales. 2.4.2. Fomentar la adopción de mejores estándares de atención en los servicios de emergencias y en la atención prehospitalaria. 2.5.1. Apoyo a las estrategias nacionales para el cumplimiento de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio relacionadas con las y los niños, adolescentes y jóvenes.	3.1.2. Fortalecer las capacidades nacionales de prevención, control, eliminación o erradicación de enfermedades infecciosas. 3.2.2. Compartir con las autoridades información relevante sobre elaboración y aplicación de nuevas vacunas. 3.2.3. Cooperación Técnica a la Autoridad Reguladora Nacional para garantizar el Registro Adecuado de los productos biológicos. 3.3.1. Apoyar la implementación de políticas y estrategias nacionales, facilitando a los especialistas de México el acceso al conocimiento de proyectos innovadores en este campo, la articulación del país con iniciativas internacionales y colaborando con el desarrollo de investigaciones y estudios relacionados con las enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo, especialmente la diabetes mellitas, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer	4.1.3. Contribuir a la introducción y el perfeccionamiento de modelos que mejoren el desempeño gerencial en los servicios de salud, 4.3.1. Contribuir a la generación y utilización de información confiable que mejore la capacidad en la toma de decisiones. 4.4.1. Generar y difundir conocimientos sobre las implicaciones de la globalización para el sector salud.

MODALIDAD DE COOPERACIÓN TÉCNICA	AREA DE COOPERACIÓN TÉCNICA			
	EQUIDAD Y SALUD	REDUCCION DE RIESGOS Y PROMOCION DE LA SALUD	VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD
		2.5.2. Apoyar la formulación e implementación de estrategias de promoción de la salud, 2.5.5. Promover investigaciones que ayuden en la implementación de estrategias para la promoción de la salud. 2.6.1. Reforzar capacidades para la formulación y aplicación de leyes, reglamentos y normas por las instituciones públicas nacionales y los gobiernos subnacionales. 2.6.2. Producir y divulgar conocimientos sobre la situación y medidas para la reducción de los accidentes y lesiones. 2.7.1. Promover la inclusión de la salud mental en las políticas de salud con visión de servicios basados en la comunidad. 2. 8.1 Dar seguimiento a la aplicación de los contenidos del Convenio Marco para el Control del Tabaco. 2.8.2. Estimular la formulación y aplicación de políticas, reglamentos y normas para ampliar la atención integral de las personas que padecen adicciones. 2.8.3. Generar conocimiento y evidencia científica sobre el alcoholismo como problema de salud,	3.3.2. Promover la participación del País en el análisis de información relevante sobre nuevas tecnologías, iniciativas y estrategias que contribuyan a mejorar la vigilancia y monitoreo, el manejo, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo.	

MODALIDAD DE COOPERACIÓN TÉCNICA	AREA DE COOPERACIÓN TÉCNICA			
	EQUIDAD Y SALUD	REDUCCION DE RIESGOS Y PROMOCION DE LA SALUD	VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD
CATALIZAR Y MEDIAR ABOGACIA EN SALUD	1.2.1 redes de instituciones ligadas a la salud de los pueblos indígenas en México y Centroamérica, con enfoque intercultural. 1.3.2. Derechos sexuales y reproductivos y su incorporación en las políticas de salud desde la perspectiva de género. 1.4.1 Apoyar proyectos y enfoques integrales frente a la problemática de salud de los migrantes y de personas desplazadas. 1.5.1. Contribuir a la generación y utilización de información de salud de las zonas fronterizas. 1.5.2. Apoyar en la movilización de recursos relacionados con el desarrollo de iniciativas de salud y de proyectos en las fronteras.	2.2.1. Fomentar alianzas interinstitucionales y estimular la participación comunitaria en proyectos sanitarios en el nivel local a través de la Red de Municipios Saludables, promoviendo intervenciones en espacios críticos a nivel local 2.2.2. Contribuir a la articulación de recursos intersectoriales para llevar a cabo intervenciones integrales que incluyan a la producción limpia de alimentos 2.3.1 Promover la generación y difusión de conocimientos y el fomento de Intervenciones intersectoriales en nutrición y suplementación alimentaria. 2.3.2. Trabajar en acciones intersectoriales de SAN en el marco del Grupo Interagencial de Naciones Unidas. 2.5.3. Promover cambios en las instituciones de salud para la prestación de servicios clínicos y en la comunidad al adulto mayor, apoyando el fortalecimiento de redes sociales. 2.5.4. Promover la salud de los adolescentes. 2.6.3. Apoyar intervenciones integradas contra la violencia intrafamiliar y medir los avances con indicadores de dominio público, propiciando la formación de redes sociales. 2.7.2. Propiciar la coordinación intersectorial e interinstitucional para el abordaje de los problemas de salud mental.	3.1.3. Articular esfuerzos y movilizar recursos de CT en la lucha contra el VIH/SIDA la Tuberculosis y la Malaria. 3.2.1 Apoyar las políticas y estrategias nacionales en inmunizaciones, vinculándolas a iniciativas regionales y globales.	4.1.1. Contribuir a una mejor coordinación y el intercambio entre instituciones de atención a la salud y de formación de recursos humanos. 4.1.2 Facilitar el acceso a las experiencias con otros países y el intercambio en apoyo a las estrategias nacionales de calidad de la atención. 4.2.1. Articular iniciativas internacionales y de otros países con el desarrollo nacional para el uso racional de la tecnología y los medicamentos. 4.2.2. Contribuir a acercar a México con otros países de igual o mayor nivel de desarrollo en modelos de análisis de riesgos sanitarios y su manejo. 4.3.2. Promover el intercambio con otros países en sistemas de información de salud en el marco de iniciativas globales y regionales. 4.3.3. Contribuir a introducir ajustes en las instituciones para armonizar los sistemas de información. 4.3.4 Contribuir al desarrollo y armonización de la regulación sanitaria nacional con la internacional.

MODALIDAD DE COOPERACIÓN TÉCNICA	AREA DE COOPERACIÓN TÉCNICA			
	EQUIDAD Y SALUD	REDUCCION DE RIESGOS Y PROMOCION DE LA SALUD	VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD
SISTEMATIZAR Y DIVULGAR EXPERIENCIAS EXITOSAS DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO	1.1.2.Propiciar intercambio de experiencias internacionales vinculadas a la estrategia nacional de protección social en salud en México,	2.5.6. Estimular la aplicación de modelos que favorezcan la promoción de Factores protectores de la salud y la atención integrada, facilitando el intercambio de experiencias exitosas con otros países de la Región.	3.1.1. Facilitar el flujo de información epidemiológica entre países y la integración de México a iniciativas regionales y globales, promoviendo que los logros del sistema nacional de salud se conozcan y se aprovechen por otros países y organismos de cooperación. 3.1.4. Colaboración en la implementación del proyecto regional del control del vector de la malaria sin uso de DDT, en coordinación con los gobiernos de los países centroamericanos.	

Anexo 2. Organización estructural de la Representación de OPS/OMS 2005