

**INICIATIVA AMAZONICA CONTRA LA MALARIA (AMI)
RED AMAZONICA DE VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A DROGAS
ANTIMALARICAS (RAVREDA)**

Consideraciones sobre

**Epidemiología, prevención y control de malaria
en poblaciones que viven en circunstancias especiales**

Tabla de Contenidos

Introducción

Primera Parte. Consideraciones sobre epidemiología, prevención y control de la malaria en poblaciones que viven en circunstancias especiales

1. Aspectos conceptuales

El acceso al servicio de salud

La movilidad

2. Estrategias programáticas

2.1. Vigilancia epidemiológica

Persona, tiempo y lugar

Caracterización de la movilidad o movimiento humano

2.1.1. Detección e investigación de casos

2.1.2. Diagnóstico

2.1.3. Tratamiento y seguimiento

2.1.4. Sistemas de registro, análisis, notificación y monitoreo de la situación epidemiológica

2.2. Vigilancia entomológica y Control vectorial

2.3. Prevención y promoción. Comunicación, Información y Educación

2.4. Investigación

2.5. Gestión. Participación multisectorial y Marco ético y legal

Desafíos

Segunda parte. Experiencias de prevención y control de la malaria entre los países de la Región

Belice

Bolivia. La malaria de los recolectores de castaña.

Brasil.

Colombia

Ecuador

Guatemala

Guyana

Honduras

Nicaragua

Panamá

Perú

Surinam

Referencias

Introducción

El control de la malaria es de una complejidad notable, no sólo por su epidemiología y los factores que condicionan la transmisión local, sino por la variedad de dinámicas posibles, en diferentes contextos, ante los cuales los programas deben mantener la integridad, oportunidad y adecuación de sus acciones. Si bien el nivel de control alcanzado por los países en la Región de las Américas ha permitido reducciones de 43% en la morbilidad y de 68% de la mortalidad por malaria en el año 2010 comparado con el año 2000, (disminuciones observadas en 18 de los 21 países endémicos), los cambios en la distribución de la enfermedad han redefinido perfiles de riesgo que particularmente determinan la persistencia de la transmisión y (riesgo de) aparición de brotes en las áreas remanentes consideradas de alta, mediana, baja transmisión o sin transmisión. En estas áreas, las características de las poblaciones deben ser particularmente tomadas en cuenta en sus dimensiones demográfica y social.

La Estrategia y Plan de Acción contra la Malaria, documento suscrito por los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud en septiembre de 2011 para ser ejecutado hacia el 2015, contempla en tres de sus cinco Metas, fortalecer los programas de malaria en sus componentes fundamentales. Propone en su Meta número 3 (Objetivo 3.3): *“Abogar por un mayor acceso a una cobertura (...) que sea equitativa, eficiente y eficaz, observe las normas para el diagnóstico apropiado y las pautas de tratamiento de la malaria, especialmente para las embarazadas, los niños, las personas infectadas por el VIH/sida, los viajeros, las poblaciones móviles, los mineros, los leñadores, los trabajadores de plantaciones de plátanos y caña de azúcar, los grupos indígenas, las poblaciones de zonas donde existen conflictos armados o sociales y las personas que viven en zonas fronterizas o zonas de interés epidemiológico común”*. El subrayado nuestro destaca aquellos grupos humanos que en el presente material se consideran *“poblaciones que viven en circunstancias especiales”*.

Dentro de la iniciativa AMI RAVREDA se ha planteado la pertinencia de analizar y compilar las experiencias de los países miembros sobre estas poblaciones en circunstancias especiales, dada su particular vulnerabilidad y potencial como origen de focos de persistencia de transmisión y brotes. Esto requiere la cuidadosa revisión de la gestión y operatividad de los Programas de Malaria, para reforzar sus acciones con la inclusión y sistematización de la información sobre estas personas, de modo que se asegure la mejor atención de las mismas y de las situaciones epidemiológicas que se les asocian.

En este sentido, este material ha sido preparado para apoyar a los técnicos de los Programas de Malaria en la orientación de acciones preventivas y de control respecto a las poblaciones que viven en circunstancias especiales y los eventos/necesidades asociados con ellas. Para esto, se plantean consideraciones para sistematizar la información sobre estos grupos humanos, en cada uno de los procesos programáticos de planificación, recolección de la información, intervención y evaluación, desde los componentes y elementos del Programa. Para ello se hace referencia al marco general de operación y gestión de un Programa de Malaria y se propone lo que podría ser la mejor oferta de prevención y atención a estas poblaciones, a la luz del conocimiento actual y de las experiencias compartidas.

La propuesta de este documento es tratar el tema desde la actividad programática y desde el grupo poblacional en circunstancias especiales, por lo cual se divide en dos grandes partes:

- I) Consideraciones sobre epidemiología, prevención y control de la malaria en poblaciones (que viven) en circunstancias especiales.
 - 1. Aspectos conceptuales
 - 2. Estrategias programáticas. Elementos para la revisión y adaptación de medidas de prevención y control
- II) Experiencias de los países de la Región de las Américas.

Primera Parte

Consideraciones sobre epidemiología, prevención y control de la malaria en poblaciones en circunstancias especiales

1. Aspectos conceptuales

Clásicamente, en la epidemiología de la malaria se ha identificado a los niños y a las embarazadas como *grupos especiales*, dado su riesgo especial para enfermar y morir por malaria, condicionado por bases biológicas, fisiológicas y sociales. Tanta ha sido su importancia que hacia ellos se han volcado estrategias de alcance mundial. El presente documento, sin embargo, introduce el tema sobre grupos poblacionales en los cuales la exposición al riesgo de enfermar por malaria encuentra determinantes en factores demográficos, sociopolíticos y culturales, grupos en los cuales la epidemiología incluye pero trasciende el enfoque de riesgo y se ubica en el enfoque de la vulnerabilidad, lo cual involucra el campo de las políticas públicas. Como la mayoría de los grupos humanos que estudia la epidemiología, las poblaciones que viven en circunstancias especiales pueden incluir, naturalmente, niños y embarazadas.

El tema de la vulnerabilidad de las poblaciones en circunstancias especiales supera el determinismo de la biología de la infección para tomar en cuenta el marco sociopolítico de los procesos de salud-enfermedad, que demandan una visión ecosistémica de la misma. Esto implica sistemas de salud coherentes y articulados a otros sectores de la sociedad, donde funcionen Programas de Prevención y Control de Malaria capaces de desarrollar abordajes creativos y oportunos, con el aprovechamiento y uso adecuado de la mejor tecnología disponible, en cuyo desarrollo se instituya el trabajo en redes, a nivel nacional e internacional. Esto incluye acciones hacia la multisectorialidad y transdisciplinariedad, en un marco participativo y de equidad.

¿Qué define, respecto a prevención y control de malaria, a las poblaciones en circunstancias especiales?

Entre los grupos expuestos al riesgo de enfermar por malaria, las poblaciones en circunstancias especiales pueden definirse como aquellas en las cuales el acceso al servicio de salud se ve comprometido en función de tres elementos característicos: la distribución y composición de la población, su organización social y su actividad económica. Desde la perspectiva del servicio de salud, son poblaciones que ofrecen dificultades particulares para el acceso a su oferta y para administrar las tareas de prevención y control de la malaria en forma convencional. Para proteger efectivamente a estas poblaciones es necesario realizar ajustes en las estrategias antimaláricas, tanto para disminuir

su riesgo de enfermar o morir por malaria, como para reducir su potencial para dispersar la malaria hacia áreas donde esta ha sido controlada o eliminada.

En la atención de estas poblaciones es necesario considerar con mayor énfasis o detalle aspectos ecológicos, demográficos, económicos, políticos de salud, político-legales, culturales y de estructura de los servicios de salud. Son estos, factores que definen al grupo humano y su probabilidad especial de enfermar por malaria, en ese momento y lugar. Las distintas combinaciones de estos factores epidemiológicos configuran las llamadas circunstancias especiales, mismas que se pueden dar de forma puntual o transitoria y componer situaciones no siempre predecibles, todo lo cual torna compleja su vigilancia y la conducción de actividades de prevención y control. Lo importante es identificar y caracterizar estos factores rápidamente, para explicar la morbilidad en cada caso y establecer las soluciones más precisas y oportunas, evitar las complicaciones por malaria, reducir su riesgo de muerte y limitar los eventos que conduzcan a reintroducción de la enfermedad.

<p><u>Acceso</u></p> <p><u>a los Servicios de Salud</u></p> <p><u>Movilidad</u></p>	<p>Poblaciones que viven en circunstancias especiales</p> <ul style="list-style-type: none">• Mineros• Leñadores• Castañeros• Trabajadores de plantaciones (algodón, arroz, plátanos, caña de azúcar, açai, palmito, piña)• Pescadores, Concheros (recolectores de moluscos), Langostineros• Grupos indígenas• Grupos desplazados por conflictos armados, sociales o desastres naturales, Refugiados• Invasores de áreas receptivas• Población de zonas fronterizas
---	--

¿Quiénes son estos grupos humanos, por qué sus circunstancias son especiales y dónde se ubican? Las poblaciones en circunstancias especiales poseen características que les confieren potencial para determinar situaciones y dinámicas epidemiológicas específicas y cambiantes, donde concurren el reservorio, el vector y condiciones socio-ambientales que favorecen el mantener, intensificar o reinstalar la transmisión local de malaria. Espacialmente, puede tratarse de poblaciones ubicadas en áreas remotas de un país, fronterizas o no, donde el contacto entre ellas y el servicio de salud se dificulta por razones diversas. El movimiento puede ocurrir hacia y desde áreas maláricas de importancia epidemiológica, de modo que la transmisión de la malaria es favorecida por aquellas personas que portan el parásito y se trasladan a áreas donde la transmisión es baja o esporádica. Igualmente, otras personas adquieren la malaria porque se trasladan a lugares donde quedan expuestas, y donde siendo su inmunidad baja o nula, se convierten en grupos de alto riesgo para presentar malaria complicada. Son las poblaciones en circunstancias especiales grupos humanos diversos, que aun ubicados en diferentes áreas geográficas tienen como factor común su potencial para transportar e introducir o reintroducir la malaria en áreas receptivas, tanto como ser el punto de partida de malaria complicada y severa, debido a su estatus inmunológico, pues estos grupos pueden incluir personas con experiencia previa en malaria, pero igualmente a personas que nunca han tenido contacto con el parásito malárico.

En las Américas, los habitantes de la Región Amazónica tienen el mayor riesgo de infección por malaria. En esta área endémica se reconocen diferentes grupos en circunstancias especiales. En general, Incidencias Parasitarias Anuales -IPAs- mayores de 49 casos de malaria por mil habitantes se han descrito en los niveles subnacionales o municipales de Brasil, Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela. Igualmente, se describen IPAs elevadas en Honduras y Haití, así como en México y República Dominicana. Los grupos indígenas de Brasil, Colombia, Guyana, México y Panamá se han identificado como grupos especialmente vulnerables a la infección por malaria. En la Región, los grupos de edad entre 5 y 14 años, así como aquellos entre 15 y 49 años (población económicamente activa y productiva) representan la mayoría de los casos. Igualmente, se ven afectados los recién nacidos y las embarazadas. La malaria, además de ubicarse en áreas rurales, se ha reportado en áreas urbanas de Belice, Brasil, Colombia, Haití, República Dominicana y Venezuela.

Tomando en cuenta su actividad ocupacional, se identifican varios grupos dedicados a actividades extractivas (castañeros, mineros, concheros o recolectores de moluscos, trabajadores de las plantaciones de algodón, arroz, banana, açai, palmito, piña, trabajadores forestales o que explotan áreas madereras, pescadores y trabajadores de langostineras, entre otros), como grupos en circunstancias especiales. Sin embargo, también lo son los grupos desplazados por desastres naturales o civiles, que adquieren status de refugiados, tanto como los grupos indígenas nómadas y los grupos que llegan (de otras partes del país o de otros países) a trabajar legalmente en obras de desarrollo tales como hidroeléctricas y la construcción de carreteras. Para todos los grupos mencionados, que viven en circunstancias especiales, adquieren importancia los temas del acceso a la salud y del movimiento humano, separados virtualmente a continuación.

El acceso al servicio de salud

En salud, el acceso puede considerarse desde diversos ángulos. El acceso geográfico generalmente se ha medido por la distancia física entre la población y la instalación de salud, en función de lo cual se trabajan la influencia y la cobertura de salud. Donde esta unidad física no está disponible, varios países han habilitado acciones específicas, de variable funcionalidad, tales como visitas periódicas de equipos de salud multidisciplinarios, en diferentes versiones de lo que se ha llamado unidades móviles, hacia áreas remotas, donde el acceso geográfico es limitado o difícil.

Concurre el tema del acceso cultural, el cual viene determinado por la percepción y aceptación que se tiene del servicio de salud, donde el idioma y el mensaje adquieren la mayor importancia. En este sentido, la heterogeneidad es un desafío que puede predominar en las poblaciones que viven en circunstancias especiales. A veces la aceptación del servicio de salud vincula lo referente a seguridad personal, lo cual introduce otra dimensión al tema del acceso.

Varios países trabajan con la figura del Colaborador Voluntario o del Promotor de Salud para realizar las tareas fundamentales de detección, diagnóstico y tratamiento en áreas remotas y con poblaciones móviles o no estables. De esta manera se enfrentan dificultades en el acceso geográfico al servicio de salud, frecuentemente donde median factores culturales, ocupacionales o ambos.

Adicionalmente, las construcciones o concepciones que pueden tener distintas poblaciones acerca de lo que es la malaria y lo que puede y debe hacerse para evitarla y para curarse, puede dificultar o favorecer el trabajo del agente de salud. Por ello, este personal requiere un entrenamiento cuidadoso, de la supervisión permanente de su trabajo y de la evaluación periódica de su desempeño y competencias. Requieren igualmente apoyarse en herramientas de comunicación que satisfagan necesidades específicas en las poblaciones. En estas situaciones, la eficacia de las medidas va a depender tanto de la capacidad del trabajador para dispensar correctamente el servicio como de su

capacidad como comunicador en salud, para que la población afectada reciba la información necesaria, acate sus orientaciones y en última instancia, presente buena adherencia a sus recomendaciones.

La movilidad

Ambos tipos de acceso, el geográfico y el cultural, se combinan con distintas circunstancias si se integran aspectos demográficos como la movilidad, la ocupación o la combinación de ambos. Habrá poblaciones cuya movilidad se deba a factores culturales (el nomadismo de los pueblos indígenas, por ejemplo), a factores socioeconómicos u ocupacionales (mineros, obreros, militares, etc.) o por migraciones forzadas (grupos desplazados por desastres naturales o por conflictos políticos y de seguridad personal).

La procedencia de o el desplazamiento hacia áreas endémicas o no endémicas de malaria crean situaciones diferentes, respecto a la probabilidad individual y grupal de enfermar por malaria. La concurrencia de personas con distinto estatus inmunológico, personas con parásitos circulantes en sangre, mosquitos con distinta capacidad vectorial, características ambientales favorables o no para la transmisión, prácticas humanas de protección y prevención personal, prácticas humanas que modifican el ambiente y características socioambientales de vivienda, van a determinar el perfil de riesgo para enfermar por malaria en ese determinado lugar, en ese momento y en ese grupo humano. Por ello, la distribución y composición de estos grupos, su organización social y su actividad económica puede ser informativas y explicativas de sus patrones de (exposición a) la enfermedad. Un ejemplo de esto se tiene a partir de planes de desarrollo económico que mostraron el impacto de estas condiciones en la historia de la malaria en Rondonia, Brasil, donde un aumento de la población de 113.000 en 1970 a 1.200.000 personas en 1990, se asoció a una variación de 20.000 a 174.000 casos de malaria, en el lapso señalado.

Las poblaciones en circunstancias especiales generalmente son grupos de alta movilidad, lo cual determina a su vez patrones de movilidad, patrones de asentamiento y de vivienda relacionados con condiciones de pobreza que incrementan la probabilidad de infectarse. En el movimiento de estas poblaciones, generalmente no predecible, puede decirse que intervienen factores que les "empujan" a salir de sus áreas de residencia y trabajo permanente y otros que les "atraen" a vivir en áreas diferentes. Frecuentemente, las poblaciones se movilizan para evitar el daño a su salud y a su integridad física, por situaciones de deterioro ambiental, sequía, inundaciones, de conflictos socio-políticos, falta de ofertas de trabajo, etc., mientras lo opuesto se convierte en factores de "atracción": condiciones nuevas que ofrecen mejores oportunidades y condiciones de vida, por sus características políticas, económicas y sociales, de mayor bienestar.

Las poblaciones en circunstancias especiales pueden ser el origen de múltiples escenarios o situaciones para la malaria. Donde se ubiquen crean nichos que deben ser caracterizados y atendidos desde sus especificidades o particularidades, para poder realizar un manejo exitoso de la endemia. Por ello, a continuación, se comentan brevemente los elementos básicos de los componentes programáticos fundamentales, a tomar en cuenta en cualquier contexto malárico, con el propósito de valorar la recomendación de cuál aspecto podría ser enfatizado, para atender de la forma más eficiente el tema del control de la malaria en estos grupos.

2. Estrategias programáticas

En términos de salud pública, la mejor estrategia para una atención adecuada es mantener la capacidad del sistema de salud para responder a través de programas cuya consistencia interna se exprese como funcionalidad y consecuentemente facilite el trabajo dentro de enfoques holísticos de la salud.

Los componentes programáticos fundamentales, la vigilancia, el control y la prevención, están en interacción y retroalimentación permanentes. Estos tres componentes son pilares de un sistema cuyo funcionamiento, desde el punto de vista operativo, inicia con las actividades para la detección de casos de malaria.

Las circunstancias especiales introducen diferentes desafíos para la administración usual del servicio de salud. Sin embargo, un paso fundamental para su atención será su inclusión en la programación, para su valoración equitativa en los procesos de toma de decisiones. Esto permitirá estimarlas entre las amenazas posibles para el funcionamiento del sistema convencional, concebido y establecido para las mayorías.

Para atender a las poblaciones en circunstancias especiales, es necesario valorar el alcance protector de las medidas de vigilancia, prevención y control, y adaptarlas a esas condiciones, para que mantengan su eficacia. Es decir, muy probablemente cada población y sus circunstancias exigirán el manejo diferencial de su situación, con el mejor uso de las herramientas disponibles.

La mayor fortaleza para prevenir y controlar la malaria en cualquier población será contar con un Programa de Malaria a) sólidamente estructurado, es decir, conformado por componentes estratégicos, donde sus elementos guarden una buena articulación entre sí y b) que desarrolle trabajo en red, integrado al servicio general de salud.

Son componentes fundamentales de un Programa de Malaria: la **Vigilancia**, el **Control**, la **Prevención**, la **Promoción** (Comunicación, Información y Educación en salud), la **Investigación** y la **Gestión**. Entre estos, la vigilancia presenta la combinación de elementos que exige la mayor articulación y seguramente comporta el mayor componente estratégico del Programa. Integralmente, es de importancia estratégica trabajar con la planificación programática, tanto como establecer claramente los mecanismos de supervisión, monitoreo y evaluación de las acciones dentro de aquellos componentes, pues serán ellos la referencia sistematizada para identificar y basar las investigaciones operacionales que permitan trabajar los programas de malaria con visión de calidad total, es decir, con permanente control de calidad de las acciones, para asegurar un alto nivel de ejecución.

Teniendo en mente las "circunstancias especiales", ejecutiva y operativamente, será imperativo realizar los mayores cuestionamientos acerca de la calidad de los principales instrumentos de recolección de información en malaria, respecto a la inclusión y manejo de variables de importancia epidemiológica para cuidar efectivamente de esas poblaciones.

La Estrategia y Plan de Acción sobre Malaria 2011-2015 (Organización Panamericana de la Salud, <http://bit.ly/xcz9Om>), en su Meta 1 se refiere a redoblar los esfuerzos dirigidos a la prevención, vigilancia, detección temprana de la malaria y la contención de brotes en diferentes contextos, para lo cual formula los Objetivos: (1.2) Mejorar los sistema de información y promover que los datos en base individual sean desglosados según el sexo, grupo étnico y otras variables que faciliten el análisis apropiado de las disparidades y desigualdades entre las poblaciones (1.3) Fortalecer y mejorar el sistema de intercambio de información epidemiológica en todos los niveles: regional, entre países con

fronteras comunes y dentro de un mismo país. (1.4) Reforzar el sistema de vigilancia de la morbilidad y mortalidad por malaria concentrándose en la detección y gestión atinadas de los brotes de malaria, de manera conjunta con las iniciativas relacionadas con el Reglamento Sanitario Internacional.

2.1. Vigilancia Epidemiológica

La vigilancia epidemiológica en malaria involucra la detección, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la notificación de los casos, así como la vigilancia entomológica. Estos seis elementos conforman subsistemas cuya interrelación permite obtener un diagnóstico de la situación epidemiológica y las bases para orientar las acciones e intervenciones, su monitoreo y evaluación. Dentro de este componente, un paso crítico lo representa la investigación del caso, actividad que debe permitir el registro oportuno y adecuado del mismo. Solamente una adecuada encuesta de la persona infectada va a permitir obtener la clasificación del caso de malaria, así como la identificación y clasificación del foco. Por ello, se considera que la calidad de la vigilancia es determinante de la orientación y, en algún grado, de la calidad de los otros componentes programáticos.

Conocidos y en funcionamiento estos principios operacionales, antes de proponer las adaptaciones que requiere la vigilancia para la atención de las poblaciones que viven en circunstancias especiales, es importante hacer algunas consideraciones respecto a la visión estratégica de la vigilancia de la malaria, sobre las características que puede presentar la movilidad o movimiento humano y sobre la utilidad del enfoque ecosistémico de la salud, al trabajar con estas poblaciones.

Persona, tiempo y lugar

El estudio y atención de las poblaciones en circunstancias especiales requiere una caracterización básica de persona, tiempo y lugar, con particular atención hacia su demografía desde el punto de vista de composición y estructura del grupo social, la organización social y la actividad económica, tanto como de las condiciones de saneamiento ambiental. De modo importante se incluye en la caracterización de su dinámica, el estado de salud antes/durante su actual asentamiento y durante/después de la actividad ocupacional, extractiva, por ejemplo.

Una vigilancia adecuada incluye en principio la caracterización de la dinámica poblacional local. Esto otorga un marco al análisis epidemiológico. En este sentido, además de conocer variables demográficas básicas (edad, sexo, ocupación, etnia, condición de embarazo, lugar de residencia, lugar de trabajo)¹ y la distribución de la endemia según estas características, es de particular importancia para el equipo del Programa de Malaria, manejar la información referente a si las áreas actual o antiguamente maláricas reciben personas provenientes de áreas endémicas que pudieran estar infectadas y que van de paso por o se instalan en áreas donde la capacidad vectorial es buena. Esto corresponde a los clásicos conceptos de "vulnerabilidad y receptividad en malaria", donde la primera está determinada por el reservorio humano que se moviliza y la segunda, por la presencia de anofelinos con capacidad vectorial. Obsérvese igualmente que la ocurrencia de brotes (tanto en las áreas consideradas endémicas como no endémicas) puede deberse a/estar relacionada con estos grupos poblacionales en circunstancias especiales, punto en el cual el enfoque predictivo que se da al trabajo con las variables usuales, adquiere otro valor.

Caracterización de la movilidad o movimiento humano. Las poblaciones en circunstancias especiales pueden ser grupos "cautivos" (por ejemplo, los refugiados en legalidad, los militares), relativamente estables, pero con condiciones socio ambientales precarias (por ejemplo, los invasores) o grupos muy móviles (los mineros). En las tres categorías el movimiento humano tiene una

dimensión diferente, pero es una constante, con implicaciones similares para la salud de los involucrados.

Es de importancia epidemiológica conocer las distintas clasificaciones del movimiento, realizar su registro sistemático y, particularmente, conocer y caracterizar para el contexto, el significado de las categorías del mismo.

El movimiento poblacional humano 1) relacionado con el trabajo, puede ocurrir de un lugar a otro a) dentro del mismo país (experiencias con cambios de cultivo en América Central, apertura de nuevas vías de comunicación, proyectos de desarrollo hidroeléctrico), o b) entre países (mineros en países del Escudo Guayanés, apertura de nuevas vías de comunicación); 2) relacionado con situaciones sociopolíticas: incluyen los refugiados, poblaciones civiles desplazadas por situaciones de conflicto (Colombia a Ecuador, Haití a República Dominicana, República Dominicana y Jamaica) e incluyen a los mismos grupos armados.

También el movimiento humano o movilidad se ha clasificado según la duración del mismo y fundamentalmente, si se asocia o no a un cambio permanente de residencia. Se habla entonces de dos grandes tipos de movimiento: 1) *La circulación* se refiere a un movimiento cíclico, relativamente corto, donde la persona se ausenta de su lugar de residencia por cierto tiempo y luego retorna a ella. Puede ser, en la dimensión temporal: diario, periódico, por temporada, o por largo tiempo. En el movimiento diario la persona deja la residencia hasta por 24 horas. Ejemplos: trabajo, negocios, cultivos artesanales, corte de madera. En el movimiento periódico, el abandono de la residencia varía entre 24 horas y 1 año, aunque normalmente por menos tiempo. Ejemplos: negocios, peregrinajes, minería, turismo. El movimiento por temporada tiene relación con el ambiente físico o económico, y la persona se ausenta de su residencia permanente durante una temporada o temporadas del año. Ejemplos: pesca, trabajo con pastoreo de animales, con recolección de cosechas, temporadas de vacaciones. Y en el movimiento por largo tiempo, ocurre una ausencia mayor de 1 año que afecta grupos como trabajadores temporales, negociantes que mantienen enlaces sociales y económicos con su residencia y piensan volver a ella. Ejemplos: trabajos en áreas con grandes obras de infraestructura en desarrollo, donde ocurre un importante nivel de colonización. 2) *La migración* es un movimiento que ya implica cambio definitivo y permanente de residencia. Son ejemplos, la urbanización, la situación de los refugiados, casos donde en general procesos no controlados (como la urbanización no controlada) ameritan atención especial por parte del epidemiólogo.

Es importante insistir en que las variables epidemiológicas deben valorarse en su interacción en contexto. El movimiento de las personas varía según sus causas y consecuencias. El impacto del movimiento variará si ocurre desde un lugar/país con transmisión a otro similar o sin transmisión. A esto se suma qué ocurre en el lugar de destino, por ejemplo, si las actividades contribuyen a modificar el paisaje y se incrementan los criaderos, el impacto de todo el conjunto será variable.

Por tanto, en el campo de la vigilancia epidemiológica de la malaria será crucial diagnosticar: 1) si el movimiento ocurre de un lugar con transmisión a otro sin transmisión: movilidad del reservorio, 2) si el movimiento ocurre de un lugar sin transmisión a otro con transmisión: movilidad del susceptible y 3) cuál es el impacto en la salud cuando retornan a sus lugares de origen, si es el caso.

Es estratégico, para una vigilancia exitosa: 1) asegurar el análisis de la situación en persona, tiempo y lugar. Generalmente las poblaciones se ubicarán en áreas de difícil acceso, o fronteras. Cuando sea posible, la geo-referencia de casos, criaderos y lugares de origen más probable de la infección apoyará de forma importante el proceso de análisis epidemiológico, 2) tener en cuenta la variabilidad de la dimensión ecológica ambiental, la cual está relacionada con las características de los parásitos,

los vectores, el clima y las condiciones de las viviendas, alojamientos o refugios. 3) Junto a todo el marco epidemiológico (integra lo ecológico, social, económico, político, tecnológico), considerar igualmente el tema de los derechos humanos, la base ética y el marco legal, dada la naturaleza de los grupos y sus circunstancias.

Estos factores influirán en la mayor o menor posibilidad de aplicar en estas poblaciones las actividades de vigilancia. De aquí se deriva la necesidad de emplear un enfoque intersectorial y multidisciplinario que permita la mayor aproximación y comunicación con estos grupos.

Dada su complejidad, la vigilancia de malaria ya presenta desafíos para su desarrollo en condiciones convencionales. Con referencia a la atención de las poblaciones en circunstancias especiales, a continuación se valoran para sus elementos algunas alternativas de ajuste o adaptación que permitirían al sistema de salud la protección y la inclusión de estas personas expuestas al riesgo de contraer malaria.

2.1.1 La detección e investigación de casos

La fiebre representa el signo-síntoma cardinal cuya vigilancia alimenta la mayoría de los sistemas de vigilancia en malaria. La búsqueda activa y búsqueda pasiva de casos tienen su primera referencia en ella. Con las poblaciones en circunstancias especiales, el problema de acceso a los servicios de salud establece la brecha a superar y algunas alternativas se han comentado en el punto 1.

Puede considerarse que la detección efectiva se concreta en la elaboración de la encuesta epidemiológica o ficha individual del caso, a partir de la cual se identifica el foco y se clasifica el caso de malaria. Aunque no pueda considerarse una regla, los miembros de las poblaciones en circunstancias especiales pueden reservarse información epidemiológica de importancia, empezando por sus datos patronímicos y clínico-epidemiológicos, tales como identidad, procedencia, lugares de permanencia en las últimas semanas o itinerario, condiciones previas de alojamiento, etc. Esto puede ocurrir en situaciones de conflicto por condiciones de seguridad o ilegalidad. También puede ocurrir con determinadas etnias entre quienes sus nombres, edades o valoración del tiempo son diferentes a los habitualmente manejados por el trabajador de salud no indígena, que es la mayoría. Esto dificulta la comprensión de la situación local de transmisión y altera el procedimiento formal de vigilancia.

Ahora bien, aunque el proceso de investigación de casos no sea prolijo, existe un diagnóstico de malaria en esa persona o grupo y debe administrarse y garantizarse el tratamiento específico (si ya no oportuno, al menos sí lo antes posible) y de óptima calidad. Estas decisiones tocan los límites de lo ético y legal, de los derechos humanos universales. Debe entenderse igualmente que la protección que así se brinda beneficia tanto al grupo en cuestión como a aquellos grupos humanos que pudieran entrar en contacto con ellos y que también resultan protegidos al controlarse por vía medicamentosa la circulación de personas parasitadas, independientemente de que sepamos o no hacia dónde se dirigen.

La búsqueda o detección de casos de malaria puede ampliarse para estas poblaciones en circunstancias especiales, con la creación de alcabalas de salud o puestos centinela que funcionen como una especie de puntos de control de salud, estratégicamente ubicados, según se observe la aparición de los casos y se alcance a determinar el movimiento de los grupos, como mínimo, según procedencia de áreas endémicas o no. Como se ha comentado antes, figuras de salud que se movilizan para atender estos grupos, incluyen los llamados agentes de salud, o, en otros lugares, promotores de salud. Perú, por ejemplo, ha instituido el trabajo con equipos de salud itinerantes que han llamado AISPED ().

Aunque resulte complejo el control de la movilidad y en algunos casos es prácticamente imposible, en situaciones intermedias se ha propuesto el uso de un Carnet Sanitario o, en países como Perú, el uso de la Tarjeta Andina de Migración, que se ha creado para monitoreo de la migración interna e internacional.

2.1.2 Diagnóstico

En condiciones basales o convencionales, el diagnóstico de la malaria se basa en la existencia de una estructura que garantiza el diagnóstico parasitológico. La prueba de oro sigue siendo la microscopía y existen avances importantes hacia el manejo de las pruebas de diagnóstico rápido (PDR), cuyo uso se ha promovido en áreas donde no se dispone de diagnóstico microscópico, generalmente remotas o de difícil acceso. Debe tenerse en consideración que la recomendación técnica aboga por acompañar la PDR con la toma de la lámina, en todos los casos posibles, pues en caso contrario deberá justificarse esta omisión.

De lo anterior pudiera deducirse que son las PDR la alternativa más plausible para trabajar el diagnóstico de la malaria en las poblaciones que viven en circunstancias especiales. Y prácticamente son mejor oferta de diagnóstico, en casos extremos de no disponibilidad de servicios. Sin embargo, existen situaciones intermedias, donde ambas técnicas sin duda se administran juntas, como por ejemplo en los trabajos que realizan las unidades móviles conformadas por equipos mínimos de control de malaria que se trasladan hasta las áreas problema.

2.1.3 Tratamiento y Seguimiento

El diagnóstico y el tratamiento, separados aquí virtualmente, se consideran entre las principales herramientas para el control de la malaria. Garantizar el acceso universal a ellos, indistintamente de la condición de las personas parasitadas, es un principio que priva en los Programas de Control de Malaria.

Junto al diagnóstico preciso, el tratamiento específico, precoz y de alta calidad tienen importancia motriz respecto al curso de las series de casos, brotes y epidemias. Al presente, los trabajos en vigilancia de la eficacia y la resistencia a los antimaláricos permiten a los países garantizar que sus medicamentos de primera y segunda línea son efectivamente los más eficaces sobre las cepas de *Plasmodium* sp localmente circulantes. Basados en evidencias, países de la cuenca amazónica han confirmado la eficacia de la combinación Cloroquina-Primaquina para el tratamiento de infecciones por *Plasmodium vivax* y han hecho lo propio, incorporado desde el año 2004, el uso de terapias combinadas con derivados de la artemisinina para el tratamiento de infecciones por *P. falciparum*. Contando con medicamentos eficaces, otro factor a tomar en cuenta es la adherencia al tratamiento, tan importante como pueden ser la prescripción y dispensación del tratamiento.

La mejor oferta de tratamiento que puede hacerse a las poblaciones en circunstancias especiales parece incluir:

a) Buenas estrategias de comunicación que permitan a estas poblaciones conocer lo fundamental sobre malaria, cómo se diagnostica por clínica y por laboratorio, cómo se evita y cómo se cura. Se trataría de estrategias integrales de comunicación información y educación (carteles, afiches, volantes, trípticos informativos), que se ubiquen en puntos geográficos por donde circulan estas poblaciones, obviamente que incluyendo centros de salud, pero igualmente otros espacios: a lo largo de carreteras y vías de comunicación señaladas en uso por estos grupos, alcabalas, autobuses, iglesias, tiendas. Igualmente, aprovechar los medios más al alcance de estas poblaciones móviles, como la radiofonía,

para transmitir mensajes que promuevan prácticas preventivas o informen qué debe hacerse en caso de fiebre o sospecha de malaria y especialmente, evitar la automedicación. El trabajador de salud que habla directamente con estas poblaciones debe estar entrenado para repetir un discurso sencillo, pero informativo, preciso, interesante y educativo sobre qué es la malaria y sobre el tratamiento que está entregando a la persona, lo cual amerita una serie de advertencias, tomando en cuenta que su contacto será probablemente de único.

b) Buenas prácticas de prescripción y dispensación del tratamiento antimalárico. Varias de las poblaciones en circunstancias especiales pueden estar expuestas al uso de medicamentos de baja calidad o falsificados, lo cual puede asociar el uso de monoterapias. Adquieren importancia las prescripciones gráficas y, todo el tiempo que sea posible, la información sobre la importancia de cumplir el tratamiento completo, para asegurar los mayores niveles de adherencia y cura, en condiciones en las cuales el tratamiento es generalmente no supervisado, como en poblaciones móviles, sean o no ilegales.

En estas condiciones, para aumentar la adherencia y resguardar la integridad física y química del medicamento, toma importancia insistir en proporcionar a la población: 1) medicamentos en dosis fija, 2) medicamentos en blísteres o co-blísteres, como empaque que los resguarde de los retos ambientales, como humedad, luz y temperatura, 3) una prescripción escrita y/o gráfica, fácil de comprender por personas alfabetas o no, adaptada a su cultura y su idioma y 4) mensajes e imágenes que informen a esta población sobre aspectos básicos de la enfermedad, estimulen en estos grupos la definición de patrones de percepción de riesgo e infundan confianza en la oferta del servicio de salud, para servir como vigilantes de su propia salud.

A otros niveles de gestión, otros retos que se enfrentan con la administración del tratamiento para las poblaciones que viven en circunstancias especiales, particularmente las de mayor movilidad y circulantes por las fronteras, involucran a) garantizar el acceso al mismo, b) conocer las diferencias o semejanzas entre los esquemas de tratamiento de países fronterizos y c) trabajar hacia el establecimiento de sistemas de referencia que contribuyan a realizar el seguimiento de los casos. En este sentido, puede valorarse a niveles subregionales la armonización de esquemas terapéuticos, la creación de un sistema de seguimiento y referencia entre regiones, que los países (y enfáticamente sus niveles subnacionales) manejen la información basal disponible/necesaria en términos de eficacia de los antimaláricos a nivel regional.

En este sentido, puede trabajarse en la definición de la actividad de monitoreo de la eficacia y en cómo se estaría socializando la metodología en y entre países y los resultados de ella. Para realizar la vigilancia de la resistencia a antimaláricos entre las poblaciones en circunstancias especiales, es posible que el método adecuado para los países sea sistematizar la toma de muestras hemáticas en estas poblaciones, para realizar estudios con marcadores moleculares. Sobre el tema, se recomienda consultar el Documento AMI RAVREDA *Orientaciones Estratégicas - Componente: Evaluación de la eficacia y resistencia de los antimaláricos en el contexto actual epidemiológico (2010)*.

Otro aspecto que debe ajustarse en los Programas de Malaria es la preparación del sistema de vigilancia para la atención de casos complicados y severos, cuya frecuencia puede ser importante en las poblaciones que viven en circunstancias especiales, dadas las diferentes dimensiones de la susceptibilidad y la exposición que pueden darse en los distintos escenarios. De forma integral, esta preparación inicia con el sistema de vigilancia-registro y notificación- de casos, que debe incluir información sobre cambios en la frecuencia de casos, cambios en la actividad económica y cambios en la movilidad. Este control puede trascender las fronteras y requerir entonces la comunicación entre países, de esta información.

En el tema de vigilar y atender la eventualidad de casos complicados y severos es imprescindible garantizar las mejores prácticas en gestión de medicamentos antimaláricos. Debe gestionarse a) que el medicamento se encuentre disponible en áreas endémicas y no endémicas y/o b) que se identifiquen los canales de comunicación y se instituyan los mecanismos que garanticen el acceso oportuno al tratamiento en estos casos. Alternativamente, si no en toda el área no endémica, pueden identificarse puntos específicos y estratégicos seleccionados donde colocar una reserva de medicamentos para estas situaciones especiales. Es una realidad la experiencia en la Región con la llegada de casos de malaria a áreas no endémicas, donde generalmente no se cuenta con existencias o stocks de emergencia, lo cual expone al paciente a que se inicie tardíamente el tratamiento.

En el marco de la vigilancia, se ha sugerido incluir en el formato de registro del caso, un ítem que informe/permita controlar el tráfico o venta de medicamentos.

2.1.4 Sistemas de Registro, Análisis, Notificación de la información y Monitoreo de la situación epidemiológica.

Es fundamental y estratégico trabajar con un sistema de registro de base individual de los casos de malaria. La adecuada investigación del caso permitirá obtener información básica (edad, sexo, ocupación, etnia, fecha de inicio de los síntomas, lugares donde la persona ha estado y pernoctado como mínimo en los últimos 15 días) para determinar el lugar más probable de origen de la infección, punto que a su vez es la referencia para realizar la clasificación del caso y la identificación del foco de transmisión. Algunas fichas de investigación de caso han incorporado los datos de la identidad del individuo, dirección de habitación y antecedentes de hospitalización o transfusión. Otra información de importancia incluida en este paso de investigación o encuesta del caso es la relacionada con el consumo previo de antimaláricos.

Todas las variables mencionadas generalmente se registran en sistemas convencionales y sería ideal poder hacer igual registro para los individuos de las poblaciones en circunstancias especiales. Estas poblaciones, sin embargo, ofrecen diferentes desafíos. No siempre los individuos pueden informar su verdadera identidad u ocupación, por asociar condición de ilegalidad e igualmente pueden tener limitaciones para informar exactamente por cuáles territorios y en cuáles condiciones de alojamiento se han movilizado. De esta manera, el sistema de registro presenta limitaciones para el trabajo con los datos básicos.

En estas condiciones, sin embargo, lo más recomendable es tener un sistema unificado de registro, lo cual empieza con el instrumento de recolección de la información. Este debe estar estructurado de forma tal que incluya las variables de lo que la epidemiología indica son propias de las poblaciones que viven en circunstancias especiales locales y que les van a permitir la construcción de indicadores útiles para el análisis. Es función del trabajador que administra esta ficha o encuesta, el registrar la mayor cantidad de información, asegurándose hasta donde sea posible que esta es fidedigna, para no alterar la calidad del proceso.

Durante el momento de análisis y monitoreo de la situación epidemiológica, es importante mantener la sistematización de los procesos críticos y dinámicos de estratificación epidemiológica, junto al cual los trabajos con los canales endémicos pueden reforzar la capacidad predictiva del sistema de información.

Para realizar inclusión con calidad, de las características atribuibles a las poblaciones en circunstancias especiales, entre las variables de los formatos de registro, debe preguntarse si las mismas se registran de forma explícita o si los formatos permiten el registro del dato crudo. Es decir, por ejemplo, si la

pregunta ocupación es abierta y no cerrada. Varios formatos presentan unas pocas categorías de la ocupación y agrupan como "otra", otras cuya información resulta perdida para efectos del análisis epidemiológico.

Si se considera necesario, se promoverá el refrescamiento o entrenamiento de los trabajadores de salud en la aplicación del formato de investigación del caso (ficha o encuesta), así como en el procedimiento para la investigación de las defunciones por malaria.

Por otra parte, el sistema de notificación debe prestar atención a la necesidad de informar a los niveles gerenciales y retroalimentar los niveles operativos subnacionales, oportunamente, acerca de la situación epidemiológica de la malaria, en áreas endémicas y no endémicas del país. Igualmente, deben establecerse los canales de comunicación que permitan discutir con los países vecinos, cualquier situación novedosa o de riesgo a nivel de las fronteras, así como asegurar que los casos importados con lugar más probable de origen de infección en países no limítrofes son igualmente informados al país interesado. El Reglamento Sanitario Internacional.

Lo importante será, en suma, que el sistema de gestión de la información permita mantener informados a los técnicos que toman las decisiones, a los técnicos que están en el campo y a los sectores que cooperan en las acciones de vigilancia y control. Que exista y funcione un sistema preparado para la detección temprana de casos y brotes, de cambios sensibles en la magnitud y patrón de la endemia, para garantizar la capacidad de respuesta rápida.

2.2 Vigilancia Entomológica y Control Vectorial

La epidemiología de la malaria demanda que la vigilancia sobre la salud de las personas deba ir paralela a la vigilancia sobre los mosquitos, para completar el diagnóstico de situación. Es necesario manejar la información referente a presencia, especie, abundancia, hábitos o patrones de picadura y reposo, paridad, criadero más frecuente, cuáles son localmente los vectores principales y secundarios, susceptibilidad a insecticidas en uso. El conocimiento de esta información orientará el diagnóstico sobre la situación epidemiológica, podrá facilitar ejercicios de explicación y descarte y apoyará las decisiones respecto a las medidas elegibles o más adecuadas, de control vectorial.

En el caso de las poblaciones en circunstancias especiales, frecuentemente, las áreas donde estos grupos permanecen la mayor parte del tiempo, pueden ser altamente receptivas, es decir, existe un vector y este puede ser lo bastante eficiente como para mantener la transmisión local. Las áreas relacionadas con las poblaciones en circunstancias especiales pueden tener antecedente entomológico en el cual el epidemiólogo pueda apoyarse o pueden carecer de aquel, por ser precisamente remotas, o, por haber sido clasificadas durante mucho tiempo como áreas no endémicas, donde se descontinuaron las investigaciones entomológicas. En este último caso, recuérdese que el hecho de que un área sea catalogada no endémica no traduce ausencia de mosquitos.

Las acciones, en todo caso, deben ir hacia la provisión de la información. Es decir, cuando sea necesario, la investigación entomológica debe estar considerada entre las principales acciones a tomar en el proceso de atención de los grupos que habitan en circunstancias especiales.

La distribución de los vectores define la distribución de las enfermedades que transmiten localmente. La vigilancia de la población de mosquitos se basa en comprobar su presencia (formas adultas y preadultas), identificar la o las especies presentes y su importancia epidemiológica según tipo de criadero, abundancia, densidad, hábitos de picadura y reposo, paridad y expectativa de vida. Asimismo, se vigila su respuesta a los insecticidas en uso. Este conjunto de características, que define

el contacto humano-vector, contribuye tanto a la definición de perfiles locales de riesgo epidemiológico como a valorar la idoneidad, pertinencia y oportunidad de las intervenciones de prevención y control. Esto debe desarrollarse dentro de sistemas de supervisión, monitoreo, evaluación que permitan la rápida detección de problemas y sus correctivos.

El éxito del componente programático de vigilancia entomológica y control de vectores exige mucho más que sumar experiencia en/uso de tecnologías de control vectorial. Si bien disponer de recursos suficientes y competentes es importante, en cualquier situación epidemiológica la más alta recomendación para los Programas de Control de Malaria gira en torno a incorporar el enfoque de Manejo Integrado de Vectores (MIV). Este enfoque, que asegura la articulación entre la epidemiología y la gestión en malaria, contempla la toma de decisiones con base en evidencias, para encaminar intervenciones costo-eficaces y sostenibles.

El MIV se define como un proceso para manejar las poblaciones de vectores de tal forma que se reduzca o interrumpa la transmisión de la enfermedad. Sus características y principios incluyen: a) el uso de métodos con base en el conocimiento de los factores que influyen en la biología local de los vectores, la transmisión de la enfermedad y la morbilidad, b) el uso de una serie de intervenciones, a menudo en combinación y sinergia, c) la colaboración dentro del sector salud y entre sectores públicos y privados para crear un impacto sobre los vectores, d) el compromiso con las comunidades locales y otros actores y e) un marco legal y regulatorio en salud pública. En otras palabras, el MIV enfatiza la importancia de la caracterización de la transmisión, contextualiza la selección de intervenciones y adapta los sistemas de monitoreo y evaluación, según la dinámica local indique.

En los distintos ámbitos que ofrecen las poblaciones que viven en circunstancias especiales, los Programas de Malaria necesitan conocer cuál es el vector que está en contacto con estas poblaciones, allí, en ese momento. A esto contribuye en alto grado, contar con mapas de distribución. Estos, además de ser generados por el Programa de Malaria, pueden ser aportados por las Universidades e Institutos de Investigación, así como por proyectos. Generalmente, las áreas remotas o donde no ha sido posible predecir el asentamiento humano pueden no estar caracterizadas o actualizadas desde el punto de vista entomológico de salud pública. El técnico debe indagar la disponibilidad de esta información.

Lo anterior puede representar el escenario extremo. Habrá situaciones donde sí se conozca el perfil entomológico local y el Programa pueda orientar con mayor acierto y precocidad las intervenciones necesarias. En todo caso, será crucial precisar o aproximar educadamente la deducción de dónde y en cuál momento ocurre la picadura infectante.

Entre las medidas de protección individual, el espectro de alternativas incluye desde el baño diario y el uso de ropas que cubran la superficie corporal, pasando por el uso de repelentes (en aerosol, en crema, en jabón) y los mosquiteros convencionales, hasta el uso de los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (MTILD). Aunque estos últimos parezcan la oferta óptima, pueden no serlo para el agricultor que recibe la picadura infectante mientras transita por las plantaciones, por ejemplo.

Aunque no pueda considerarse una regla, las características de las viviendas y de las condiciones del alojamiento en el caso de las poblaciones que viven en circunstancias especiales, generalmente no permiten administrar medidas de control como la aplicación de insecticidas de acción residual, porque no ofrecen superficies rociables. Es característica la experiencia con campamentos mineros.

La cohabitación de espacios no tabicados y el hacinamiento en condiciones donde los vectores entran y salen libremente de los albergues humanos, señalan la importancia que puede tener los MTILD para la protección individual y comunitaria. Si el escenario reúne las características mencionadas y los vectores son más activos y abundantes en horas nocturnas mientras la población duerme, el impacto del uso de MTILD puede ser alto. En todo caso, igualmente deben tomarse en cuenta los niveles de aceptación y uso, donde las circunstancias permitan conocerlos y manejarlos. Asimismo será importante, para que la medida sea efectiva, trabajar el aspecto de cobertura, lo cual significa no solo distribuir la cantidad de mosquiteros que proteja toda la población local, sino promover en estas poblaciones, generalmente móviles, el uso adecuado del mismo, mediante estrategias de comunicación en salud que refuercen su memoria y prácticas que favorezcan su salud.

Debe valorarse que las medidas de intervención, para reducir el contacto humano-vector, en general, sean costo-efectivas y su selección, criteriosa. La decisión sobre la aplicación espacial de insecticidas debe serlo. Debe valorarse la factibilidad del manejo ambiental, el manejo de criaderos, según ofrezca la situación específica, como ejemplo propicio para áreas de campos mineros y sistemas de irrigación.

2.3 Prevención y promoción. Comunicación, Información y Educación-CIE

Prácticamente, todos los componentes y elementos de un Programa de Malaria pueden y deben ser reforzados con visión preventiva y promotora en salud. El objetivo estratégico debe ser promover las mejores prácticas a través del trabajo sobre la conciencia y percepción de riesgo entre las personas, además de socializar la comprensión de la estructura que asegura el servicio, por ejemplo, en términos de acceso al diagnóstico y al tratamiento. Son estrategias orientadas a promover conductas más seguras y saludables, que superen los riesgos asociados al nivel de acceso al servicio de salud, comprometido según las dimensiones ya comentadas.

A grandes rasgos, las dos grandes poblaciones blanco para las estrategias de CIE serán la población general y la población de trabajadores de la salud.

Específicamente, la diversidad de poblaciones que viven en circunstancias especiales exige que las estrategias y acciones de CIE (sean de base auditivas, audiovisuales o visuales), deban tomar en cuenta la alfabetización, el idioma, la interculturalidad, así como estratégicamente, los aspectos espacio-temporales que les caractericen. En consonancia, los trabajadores de salud deben estar educados en este sentido, como transmisores de mensajes que entran en contacto directo con estas poblaciones.

Debe enfatizarse la importancia de la especificidad necesaria en las herramientas que se usen para trabajar las estrategias de promoción y prevención para CIE. En otras palabras, los carteles, afiches, volantes, etc., diseñados para o dirigidos a poblaciones mineras, por ejemplo, no podrán emplearse en poblaciones de agricultores o indígenas.

Las estrategias de promoción y prevención de malaria deben ser característicamente intersectoriales, para alcanzar la mayor robustez y consolidación en diferentes espacios malaricos. Deben involucrarse distintos ministerios y sectores públicos y privados, como se detalla en la sección siguiente. Las estrategias deben igualmente prestar la mayor atención a las áreas no endémicas, donde el olvido del evento malárico, primeramente entre el personal de salud y luego entre la población general, máxime en la transeúnte, expone al riesgo de presentar formas complicadas y severas de la enfermedad, así como a determinar mortalidad por malaria.

Para ser una buena referencia en la construcción de las estrategias de CIE, los estudios sobre conocimientos-actitudes-prácticas y creencias (CAPC) deben realizarse de manera enfocada y con objetivos claros. Estos estudios pueden resultar orientadores de las características de determinados grupos, si bien las condiciones para su óptimo desarrollo deben establecerse, pues no será posible aplicar las metodologías de manera igualitaria, ni en todas las circunstancias ni en todos los grupos. Esto estará frecuentemente determinado por las características de las poblaciones, respecto a su movilidad (periódica...) y a su aceptación de contacto con el servicio de salud (condiciones de seguridad, legalidad, etc.). Un ejemplo de esta variabilidad se ha determinado para las poblaciones castañeras de Bolivia, o a las poblaciones mineras de Surinam, Guyana o Brasil, que han permitido esta aproximación.

2.4. Investigación

¿Cuál puede ser la posición y la visión del gerente que detecta la necesidad de investigación y la del investigador que la satisface, si las poblaciones en circunstancias especiales, como tales, requieren una participación multidisciplinaria y multisectorial para proteger su salud? Al ámbito de la gestión de un Programa de Malaria corresponde desde la dirección y coordinación de sus componentes, en términos de ejecución, supervisión, monitoreo y evaluación (gestión organizacional, técnica, tecnológica, administrativa, logística y de calidad) y en el apoyo y fortalecimiento a través de lo que debe integrarse como componentes o subsistemas de investigación y desarrollo y de cooperación técnica nacional e internacional.

El enfoque ecosistémico de la salud es un enfoque que observa los nexos entre salud y ambiente, que intenta desarrollar conexiones entre las prácticas en salud pública y el concepto de la salud ecosistémica. Se basa en un enfoque holístico y dinámico que evoluciona con la experiencia de quienes trabajan en aspectos de desarrollo que afectan a las comunidades locales.

Al atender el tema de las poblaciones en circunstancias especiales, puede ser de mucho apoyo el enfoque ecosistémico de la salud, como aquel

- a) Que reconoce los fuertes nexos entre las personas y su ambiente biofísico, social y económico y se contrapone al enfoque biomédico, al tomar en cuenta las conexiones entre la enfermedad y los factores socioeconómicos, así como entre la enfermedad y el ambiente en el cual viven las personas, prestando atención al impacto de factores culturales en conductas de alto riesgo y la vulnerabilidad particular de ciertos grupos.
- b) En cuyo proceso de investigación participan no solo científicos investigadores y otros especialistas y técnicos, sino miembros de la comunidad (campesinos, pescadores, mineros, residentes en ciudades) y gerentes, representantes gubernamentales y otras partes interesadas. Participan todos en el proceso de investigación desde la identificación y caracterización de los problemas.
- c) Que se basa en tres pilares metodológicos: la transdisciplinariedad, la participación y la equidad. La transdisciplinariedad significa el trabajo de especialistas de distintas áreas junto a los miembros de las comunidades y gestores, para desarrollar una visión común del problema de salud, lo cual aporta soluciones "socialmente robustas". Por otra parte, es un rasgo particular del enfoque ecosistémico el principio según el cual no habrá desarrollo sustentable en tanto la comunidad no se integre y participe del estudio y solución de sus problemas: la comunidad no es más una mera fuente de información u observación, es un generador activo y crítico de conocimiento y desarrollo de soluciones. Y, por último, el concepto de equidad se considera en tanto se toman en cuenta las diferencias culturales y socioeconómicas.

Están documentadas, las lecciones aprendidas con el enfoque ecosistémico de la salud, respecto a malaria, que involucran poblaciones en circunstancias especiales (Lebel, 2003).

2.5. Gestión

La gestión de los programas, entendida como gerencia o dirección, comprende la disciplina de planificar, organizar, administrar, asegurar y coordinar los recursos humanos y materiales para cumplir con los objetivos, productos y criterios de éxito de aquellos. Los programas de salud pública se estructuran en un conjunto de procesos teórico-prácticos y científico-técnicos que se integran horizontal y verticalmente dentro del sistema de salud para cumplir los mandatos sociales.

Dentro de los programas, la elaboración de planes y proyectos constituye una actividad constante. Un proyecto representa un conjunto de actividades relacionadas entre sí para lograr un fin específico, con inicio y término definidos, sujeto a condiciones o restricciones impuestas por el tiempo, los recursos y el alcance. Desarrollados en forma coordinada, planes y proyectos permiten dar respuestas a problemas, brindar beneficios y desarrollar nuevas capacidades.

Respecto a las poblaciones que viven en circunstancias especiales, debe valorarse la importancia que adquiere la gestión organizativa, técnica, tecnológica, administrativa, económica, operativa y logística, guiada por un pensamiento sistémico y estratégico, para contribuir al control de la malaria, en un marco ético y legal que al final garantice la gestión de la calidad de la salud orientada a las poblaciones vulnerables. Esta gestión, cuida tanto la funcionalidad del programa como de sus aspectos técnicos y científicos, promueve procesos organizacionales continuos de aprendizaje, innovación y mejora, de perfeccionamiento continuo, el desarrollo e implicación de las personas y el desarrollo de alianzas que se traducen en una alta calidad y capacidad de respuesta. Los gestores deben asegurar las funciones de: analizar-sintetizar, anticipar-proyectar, concertar-asociar, decidir-desarrollar, comunicar-coordinar, liderar-animar y evaluar-reenfocar.

Participación Multisectorial y Marco Ético y Legal

La gestión de los Programas de Malaria debe garantizar la integridad, coherencia, eficacia y efectividad de los procesos en los componentes fundamentales de vigilancia, control, prevención y promoción e investigación, identificar y canalizar las necesidades de cooperación técnica, bien nacional o internacional, sostener los canales de comunicación y apoyo organizacional y funcional a los diferentes niveles administrativos de salud y facilitar las alianzas intersectoriales que en general permitan al país mantener altos niveles de calidad en la capacidad de respuesta del Programa de Malaria. Tomando en consideración los riesgos asociados a la reformulación de sistemas de salud, es importante destacar el manejo que los gestores deben hacer efectivamente, sobre los instrumentos jurídicos y normativos legales para contribuir a consolidar los sistemas estatales y municipales de salud, considerando la malaria entre los temas a cuidar.

A los gestores corresponde apoyar en el establecimiento de vínculos entre sectores, entendiendo la cooperación entre varios programas de salud y entre varios sectores de la sociedad. Si bien la estructura y funcionamiento de los Programas de Malaria normalmente lo demanda, en la atención de la situación de las poblaciones en circunstancias especiales, se torna imperativa la participación de varios sectores sociales. Entre los gubernamentales, junto a los Ministerios de Salud, Educación, Ambiente, Agricultura y Cría, Minas, Relaciones Exteriores, Trabajo, Defensa, Industria y Comercio.

Consecuente con la vigencia de la Declaración de Alma Ata en 1978, que colocó la Atención Primaria de Salud como primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, como función principal del desarrollo social y económico global de la comunidad y como primer nivel de contacto de la familia, el individuo y la comunidad con el sistema de salud, incluyendo la mayor aproximación a los lugares de trabajo y residencia, la Estrategia y Plan de Acción sobre la Malaria se plantea dentro de un marco que integra como principios los aspectos transversales en salud: género, etnia, derechos humanos, promoción de la salud, atención primaria en salud, y protección social en el ámbito de la

salud. La Meta 4 de este Plan se refiere a fomentar un entorno que propicie la sostenibilidad y apoye los esfuerzos de colaboración y las mejores prácticas para combatir la malaria. Sus objetivos (4.2): optimizar las oportunidades para la sinergia con otras iniciativas (...) la integración de actividades para combatir la malaria con la salud materno-infantil en los programas locales y comunitarios de atención en salud, las intervenciones de promoción de la salud y educación sanitaria, los programas sobre enfermedades desatendidas, la salud ocupacional, entre otras actividades y convenciones internacionales (Protocolo de San Salvador de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño). El objetivo (4.4) propone aumentar la participación y el compromiso de las organizaciones no gubernamentales y la comunidad, incluidos los grupos de mujeres, indígenas y minorías étnicas.

La Tabla 1 esquematiza el ejercicio sobre una lluvia de ideas respecto a cuáles aspectos considerar dentro del marco político-legal, enfocando las posibles limitaciones o situaciones problemáticas relacionadas con los componentes del Programa. Es una muestra de la importancia de poner en perspectiva las características epidemiológicas en el trabajo con las poblaciones en circunstancias especiales.

Tabla 1. Marco político legal para atención de la malaria en poblaciones en circunstancias especiales.

Marco político legal	
Lo contextual / Visión regional. Componentes y Política Programática.	
Aspectos problemáticos	Posibles soluciones
1. Información epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre los aspectos físico, económico, social • Valoración de las causas de la atracción • Inclusión de las variables descriptivas de la población de fronteras; inclusión de información sobre patrones de asentamiento y alojamiento • Situación de los Componentes: Vigilancia, Control, Diagnóstico, Tratamiento. • Infraestructura y Planes de Desarrollo en fronteras
2. Uso apropiado de los antimalaricos	<ul style="list-style-type: none"> • "Censo" de los diferentes actores en la dinámica local • Listado de "proveedores locales"
3. Marco político legal	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación conjunta de alcaldes y otras figuras • Identificar acuerdos municipales •
4. Intervenciones para el Control Vectorial	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo Integrado de Vectores según condiciones de vida y paisaje • Factibilidad, pertinencia de las intervenciones. Respaladas en las características locales. Ej: Mosquiteros, Conocimientos-Actitudes-Prácticas • Valoración de pertinencia de Rociado, Mosquiteros, Manejo ambiental • Intervenciones participativas • Diagnóstico local, lo cultural, fiestas paganas y religiosas, prácticas locales, tipo de población, (Ejemplo: población militar). • Planes de contingencia para situaciones de desastre

Poblaciones a nivel de las fronteras entre países

Particularmente en las poblaciones a nivel de las fronteras (Tabla 2), los países involucrados deben tomar en consideración como factores que amenazan su gestión en salud con estos grupos: a) la heterogeneidad política y social en salud, lo económico, lo ecológico, lo administrativo, b) las políticas sociales y de salud, su impacto, el marco político y legal a nivel de estas áreas, c) las diferencias en oferta de servicios, a ambos lados de la frontera, d) la interculturalidad, cuyo trabajo en perspectiva demanda la revisión y ajuste de las herramientas, particularmente las de comunicación en salud.

Tomar en cuenta que la comunicación sobre salud a nivel de fronteras va a exigir de estrategias adaptadas a estos contextos y que debe atenderse de forma particular. Los Programas deben incluir este aspecto en su espectro de planificación-acción--evaluación. En áreas con escaso o nula infraestructura, considerar que las epidemias son más probables donde hay poco o ningún servicio de salud.

Tabla 2. Problemas y posibles soluciones relacionados con la salud y el control de la malaria a nivel de las fronteras.

Población de fronteras	
Problemas	Soluciones posibles /Herramientas
1.Control de migración-libre movimiento, temporalidad, falta de información epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico Situacional: Caracterización de la situación de salud en la frontera (nosogeografía). Conocer, tener: • Mapeo de la oferta de servicios y recursos, Capacidad instalada • Correspondencia técnico administrativa en salud • Situación epidemiológica-dinámica local • Marco político legal administrativo
2.Seguridad, dificultad para la identificación del individuo	<ul style="list-style-type: none"> • Garantía de acceso universal al Dx, Tx (indistinto) • Comunicación CIE "en frontera", orientada tanto al personal de salud como a la comunidad. Tomar en cuenta lo intercultural y el idioma
3.Acceso al Dx y Tx, trabajos con esquemas distintos, problemas para el seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Armonización de esquemas • Creación de sistema de seguimiento y referencia entre regiones • Información basal disponibles/necesaria en términos de eficacia • Definición de la actividad de monitoreo de la eficacia
4.Conocimiento de la enfermedad, percepción del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación CIE "en frontera", orientada tanto al personal de salud como a la comunidad. Tomar en cuenta lo intercultural y el idioma • Difusión de mensajes de salud –percepción/información, tipos de mensajes, tipos de materiales
5.Heterogeneidad política y social en salud. Oferta de servicios diferente. Perspectiva de interculturalidad. Lo económico, lo ecológico, lo administrativo. Políticas sociales y de salud, impacto, marco político y legal	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque Ecosistémico de la Salud • Manejo Integrado de Vectores • Reglamento Sanitario Internacional
6.Rotación del personal de salud, accesibilidad geográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de personal de salud
7.Coordinación entre servicios, falta de mecanismos de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque multisectorial y multidisciplinario

Poblaciones de mineros

Los polos de explotación minera generalmente describen fluctuaciones en el crecimiento poblacional ligadas aparentemente a desarrollo económico, que no se acompaña de crecimiento de los servicios de salud, lo cual complica el diagnóstico, tratamiento y prevención de varias enfermedades.

Tabla 3. Problemas y posibles soluciones para la prevención y control de la malaria en poblaciones mineras.

Población de mineros	
Problemas	Posibles soluciones
1. Población con actividad ilegal/informal	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar en consideración lo social, lo medioambiental • Enfoque desde/en el ámbito local. • Desarrollo del tema a nivel de los municipios
2. Acceso al Diagnóstico y al Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización socio-epidemiológica • Estructura y distribución de esa población • Organización social • Actividad económica
3. Actitud hacia la intervención de salud (aceptación/rechazo /evasión)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo intersectorial para su ubicación (Ministerios de Minas, de Defensa...) • El idioma, la interculturalidad • Caracterizar-Aproximar el sistema de Conocimientos-Actitudes-Practicas-Creencias - La percepción de riesgo ---CIE para advertirles!

Desafíos

Respecto a la protección de la salud de las poblaciones en circunstancias especiales, los sistemas de salud deben estar en capacidad de responder: ¿Cómo mantener el servicio, para responder a situaciones y necesidades nuevas o emergentes? ¿Cómo mejorar el sistema de vigilancia e información de modo que su cobertura y oportunidad sean las mayores sobre estas situaciones particulares? ¿Cómo garantizar el acceso al diagnóstico y al tratamiento? ¿Cómo reducir el contacto hombre-vector? ¿Cómo seleccionar las mejores herramientas de vigilancia, detección, diagnóstico, tratamiento y control vectorial, en estas circunstancias? ¿Cómo pronosticar, detectar a tiempo y responder a brotes? ¿Cómo materializar el enfoque ecosistémico y promover la articulación, coordinación y comunicación entre distintos sectores de la sociedad? ¿Cómo afianzar el conocimiento de aspectos antropológicos y culturales que faciliten la comunicación con los diferentes grupos humanos, para promover su participación en la prevención y control de la malaria?

Estas respuestas deben procurarse en un contexto donde están ocurriendo cambios en la organización de las instituciones y los sistemas de salud de los países y donde, adicionalmente, los programas de malaria aun están en procesos de transición, superando rasgos de verticalidad en su enfoque y en su orientación para integrarse realmente al sistema de atención primaria en salud.

Es crucial desarrollar la cultura institucional para sustentar la sistematización en el establecimiento, uso, transferencia y comunicación de la evidencia científica como soporte para la toma de decisiones dentro de los programas de malaria, con referencia a intervenciones y su institucionalización, para actualizar y fortalecer las políticas.

Segunda Parte

Experiencias de prevención y control de malaria sobre poblaciones en circunstancias especiales en países de la cuenca amazónica.

Experiencias de prevención y control de malaria sobre poblaciones en circunstancias especiales en países de la cuenca amazónica.

La redacción de las experiencias en los países está guiada por las preguntas:

A. Introducción

a. Cuáles son los focos maláricos del país, en la actualidad? identificados desde la división político territorial mayor (estado o departamento) hacia la menor, o sea, por municipio, distrito, según corresponda. Dentro del territorio de país, cuáles características presentan las fronteras, de importancia epidemiológica respecto a la malaria?

b. Cuáles son las poblaciones en circunstancias especiales, actualmente identificadas en el país, respecto a la epidemiología de la malaria? Y Dónde se ubican geográficamente?

c. La morbilidad por malaria de estos grupos, se ha integrado en las bases de información de malaria? Los registros de mortalidad de malaria, integran información sobre esta población? Cuál es la estadística hoy disponible?

d. Cuáles han sido los brotes registrados e investigados, respecto a estas poblaciones?

e. Existen dentro del marco político institucional en salud y legal nacional, disposiciones que consideren la existencia de estas poblaciones y contemplen su atención particular?

f. Cuál es la experiencia de cooperación intersectorial, para atender estas poblaciones?

g. Se ha incluido el tema de atención de estas poblaciones en propuestas específicas (Ministerios, ONGs, Fondo Global)?

B. Adaptación de la oferta del servicio de salud (enfaticando acciones programáticas de malaria) a las necesidades y circunstancias especiales de estas poblaciones

B-1. Cómo se han adaptado los elementos del sistema de vigilancia (detección-diagnóstico-tratamiento-investigación del caso-registro-seguimiento). Aquí va el comentario sobre si la estructura fija convencional constituida es accesible. O como se adapta.

a. Detección

b. Diagnóstico

c. Tratamiento

d. Investigación del caso

e. Registro, Análisis, Notificación y Monitoreo de la situación epidemiológica. Estrategias, dificultades y logros para sistematizar el registro de febriles y casos. Integración de las variables etnia, ocupación, otras.

f. Seguimiento

g. Estructura de la red de vigilancia funcionante sobre estas poblaciones, actores. Ha habido inversión o incremento en las capacidades locales de atención y respuesta?

B-2. Cómo se ha adaptado la implementación de las intervenciones

a. Terapia combinada

b. Mosquiteros

c. Otras?

d. Acciones de CIE comunicación-información-educación orientadas a estas poblaciones

Comente la experiencia de trabajo multidisciplinario con estas poblaciones

Estudios de conocimientos, actitudes, prácticas, creencias, percepciones realizados en estas poblaciones