



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES ARAGÓN

EL PAPEL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN LA PANDEMIA DEL VIRUS A (H1N1)

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN RELACIONES
I N T E R N A C I O N A L E S
P R E S E N T A :
ANEL PAOLA CASTILLO YÁÑEZ
MAGDA ISABEL RIVERA MARTÍNEZ



FES Aragón

ASESOR:
MTRO. DAVID GARCÍA CONTRERAS

NOVIEMBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Unas cuantas líneas no son suficientes para expresar mi gratitud y respeto a las personas que me han permitido alcanzar este momento. A cada una de ellas solo puedo decirles: Gracias.

Gracias a mis padres, Francisco y Emelia, por demostrarme que con esfuerzo, trabajo y honestidad se cumplen las metas.

A mis hermanas y mis gordas, por ser mujeres ejemplares que me alientan a seguir adelante frente a nuevos retos.

A mis familiares, amigos, mi maniguüis y, claro está, a la mejor mancuerna que puede encontrar: la bruja mayor, Magda.

A Efraín, por llegar a mi vida y apoyarme en todo lo que deseo sin pedir nada a cambio. Sin ti este trabajo no habría tenido el mismo valor.

A todos aquellos que contribuyeron con un granito de arena en mi formación, particularmente al Maestro David que, con regaños y consejos, nos auxilió en la realización de este trabajo.

A todos y cada uno de ustedes por formar parte de mi vida,

GRACIAS

Anel Paola Castillo Yáñez.

Gracias es la mejor palabra para...

Mis abuelos, por estar a mi lado cuando los he necesitado, por enseñarme a disfrutar la vida al máximo y luchar hasta el último aliento;

Mis padres, Martha y Francisco, por levantarme cuando he caído, por apoyarme en todo momento;

Mis hermanos, Fabis y Miguel, por ser la parte sensible y ruda en mi vida, amigos, confidentes, siempre teniendo la palabra exacta que me hace salir adelante, ángeles que Dios mandó junto a mí en el camino de la vida;

Mis mascotas, que siendo perros, me conocen mejor que nadie y me han dado su cariño sin esperar nada a cambio;

Pato, gran amiga, por escucharme cuando necesito desahogarme, por los consejos que me brinda, por su apoyo incondicional;

Efraín, gran persona, gran amigo, quien nos brindó su apoyo cuando más lo necesitábamos;

Nuestro asesor, el Maestro David, por su disposición permanente e incondicional para aclarar nuestras dudas; por sus substanciales sugerencias durante la redacción de la Tesis, por su amistad;

Anel, por ser una excelente compañera de tesis, confidente y gran amiga, quien me hace pasar momentos llenos de alegría y risas;

Y, sobre todo, GRACIAS a Dios por sostenerme con fuerza para no caer, por permitirme estar donde estoy y por poder disfrutar estos momentos con mis seres queridos.

GRACIAS

Magda Isabel Rivera Martínez.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Introducción | I |
| Capítulo1. La Organización Mundial de la Salud | 1 |
| 1.1 Importancia de las Organizaciones Internacionales | 3 |
| 1.2 Antecedentes | 7 |
| 1.3 Gobernanza, recursos y planificación | 16 |
| 1.4 Agenda de la OMS y sus funciones en materia de Salud Pública | 32 |
| 1.5 Reglamento Sanitario Internacional | 36 |
| 1.6 Organización Panamericana de Salud | 45 |
| 1.7 Red mundial de alerta y respuesta ante brotes epidémicos | 51 |
| Capítulo2. Expansión del Virus A (H1N1) en el mundo | 54 |
| 2.1 Información general del virus A(H1N1) | 56 |
| 2.1.1 Variedad del virus | 57 |
| 2.1.2 Origen y desarrollo | 59 |
| 2.1.3 Fases de alerta de pandemia | 66 |
| 2.2 Respuestas al interior de México por el virus A (H1N1) | 67 |
| 2.2.1 Medidas de contención tomadas por el gobierno mexicano | 68 |
| 2.2.2 Reacción de la población mexicana ante el nuevo virus | 75 |
| 2.2.3 Respuesta de la Secretaría de Salud | 79 |
| 2.2.4 Posición de la Secretaría de Relaciones Exteriores | 93 |
| 2.3 Posturas de la Comunidad Internacional | 99 |
| 2.3.1 Países afectados por el virus A(H1N1) | 100 |
| 2.3.2 Acciones adoptadas por los distintos | |

| | |
|--|-----|
| gobiernos | 111 |
| 2.3.3 Cooperación Internacional para el combate de la pandemia | 118 |
| 2.3.4 Reacciones negativas, a causa de la pandemia en el mundo | 120 |
| Capítulo 3. Desempeño de la OMS ante la crisis pandémica del virus A(H1N1) | 124 |
| 3.1 Intervención ante la crisis | 125 |
| 3.2 Postura Institucional | 125 |
| 3.3 Declaraciones | 137 |
| 3.4 Medidas estratégicas | 143 |
| 3.5 Perspectivas del trabajo de la organización | 154 |
| Conclusiones | 162 |
| Anexos | 169 |
| Fuentes de consulta | 192 |

INTRODUCCIÓN

Cuando a través de los medios de comunicación nos enteramos de alguna crisis internacional, súbitamente viene a nuestra cabeza la palabra “Países”; la mayoría de la gente considera como únicos actores internacionales sólo a los Estados y, por ende, a cada uno de los gobiernos, sin saber y ni siquiera imaginarse que existe un complejo sistema de interacciones en el que se desarrolla la vida internacional.

Como estudiantes de Relaciones Internacionales, logramos reconocer a los diversos actores que conforman la estructura de la sociedad internacional y la función que cada uno desempeña en ella. Sin embargo, aunque de una forma teórica logramos conocerlos, desconocemos parte importante de las funciones que son capaces de desarrollar de manera obligatoria desde su constitución hasta responsabilidades que con el paso del tiempo han ido adquiriendo, como es el caso de las Organizaciones Internacionales, cuyos rasgos definidores se han ido concretando tras la Segunda Guerra Mundial.

El papel de las Organizaciones Internacionales es cada día más importante en las relaciones internacionales. Hay que tener en cuenta que, cada vez y con mayor intensidad, las normas o recomendaciones que emanan de estas organizaciones, e incluso su influencia sobre las conductas tanto de organismos públicos como privados, muestran su peso específico en la vida nacional e internacional, muestra de ello fue la participación de la Organización Mundial de la Salud en la epidemia (ahora pandemia) de influenza por virus A(H1N1), tema del cual decidimos realizar una indagación a fin de conocer más sobre dicha organización y su participación en la señalada crisis internacional.

La epidemia originada por una variante del *Influenzavirus A* de origen porcino (subtipo H1N1), finalmente denominada gripe A(H1N1), fue la causante de una gran conmoción a nivel internacional al convertirse en una pandemia que aunque en cuestiones teóricas estaba prevista por la misma Organización Mundial de la Salud, en cuestiones prácticas sigue siendo algo desconocido y

alarmante para la comunidad internacional, logrando afectar a cada Estado de distinta manera: económica, política, social, etc.

Internacionalmente, la Organización Mundial de la Salud ha contribuido a la prevención y control de la emergencia sanitaria junto con los Estados destacando la cooperación internacional; sin embargo, no podemos ignorar que dicha cooperación se ha enfrentado a grandes retos, los cuales, han dependido de la voluntad de los Estados y los gobiernos para aceptar o rechazar los mecanismos de dicha cooperación, cuestión que hemos destacado en nuestra hipótesis: *En materia de cooperación, ante la crisis pandémica del virus A (H1N1), la Organización Mundial de la Salud ha cubierto los lineamientos de acuerdo a su normatividad, atendiendo a todos los Países afectados, no obstante, la efectividad de la organización, ha sido rebasada por las exigencias particulares de cada Estado.*

Por otra parte, el marco teórico utilizado en el presente trabajo de tesis fue el de cooperación internacional y de interdependencia. Para esto, partimos de uno de los enfoques más característicos de las concepciones teóricas que se desarrollan en la década de los setenta: “la concepción trasnacional”, el cual, señala que los Estados no son los únicos actores de las relaciones internacionales y que una hueste de otras entidades no estatales son capaces, en ocasiones, de afectar el curso de los acontecimientos internacionales.

Dicha concepción trasnacional, descansa en última instancia, en la noción de interdependencia y por tanto de cooperación. La idea de interdependencia es una teoría de *Robert Keohane* y *Joseph Nye*, que privilegia las relaciones de cooperación y la idea de comunidad de interés tendiendo a ignorar o encubrir la dimensión conflictiva de las relaciones internacionales o trasnacionales y las profundas diferencias económicas, sociales y culturales que caracterizan al sistema internacional.

Por su parte, el concepto de cooperación internacional como instrumento para el desarrollo y la paz, se consolida después de las guerras mundiales y

específicamente con el surgimiento de la ONU, los Estados junto con las organizaciones transnacionales a través de la cooperación internacional, respetan normas (ONU, OMS) han creado alianzas militares (OTAN) y han conformado organizaciones regionales económicas o de desarrollo (UE, Mercosur).

Por ende, consideramos a la actual pandemia del virus *A(H1N1)* como una oportunidad única de reflexión en torno a la naturaleza de interdependencia y cooperación internacional, dando amplitud de temas que, en la actualidad, pueden englobarse bajo el rubro de la seguridad colectiva. A pesar de que el mundo se encuentre actualmente en mitad de una ola de políticas económicas proteccionistas, provocadas por la crisis económica mundial, agencias de la ONU, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han mostrado, con su oportuna intervención, cuán importante es revalorar la cooperación internacional en asuntos de seguridad colectiva. Y no por responder a un ideal político de paz mundial, sino porque el manejo de una crisis sanitaria como la presente atañe al más fundamental interés de todo país: la supervivencia de su población.

En un mundo tan interdependiente como el actual, el aislamiento, lejos de proteger, puede matar. Una amenaza que surgió en Norteamérica, en cuestión de unas semanas, se extendió por todo el globo. Y un país que, en esta situación, no quiera cooperar arriesga su propia integridad y afecta la de los otros.

Con base en lo anterior, nuestro capitulado se fracciona de la siguiente forma:

En el Capítulo 1, por principio de cuentas, analizamos la importancia de las organizaciones internacionales en la sociedad internacional, procedemos con una breve reseña de la historia de la Organización Mundial de la Salud, cómo es su administración, qué abarca su agenda y qué funciones desempeña en materia de salud pública; y en último lugar, señalaremos tres instrumentos importantes para el buen funcionamiento referente a la organización: el

reglamento sanitario internacional, la Organización Panamericana de la Salud y la red mundial de alerta y respuesta ante brotes epidémicos.

En el Capítulo 2, estudiamos la expansión del virus A(H1N1) en el mundo iniciando con información general del virus, seguido de las respuestas al interior de México, primer país afectado por el nuevo virus, y acabaremos con las posturas de la comunidad internacional ante dicha amenaza mundial.

Y culminando nuestra serie de apartados, en el Capítulo 3, evaluaremos el desempeño de la OMS ante la crisis pandémica analizando la intervención de la organización, su postura institucional, las declaraciones realizadas en todo este proceso, las medidas estratégicas empleadas en cada fase y a la postre evaluando las perspectivas de trabajo de la misma.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

CAPÍTULO 1. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

“Los Estados partes de esta Constitución declaran, en conformidad con el carácter de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, armonía y seguridad de todos los pueblos: “Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia”. El desarrollo desigual de la promoción de la salud y el control de la enfermedad en los diferentes países, especialmente de las enfermedades contagiosas, es un peligro para todas.”¹

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es una organización dependiente del Consejo Económico y Social que actúa como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.²

¹ Organización Mundial de la Salud, “Artículo 2”, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 22 de julio de 1946.

² “Acerca de la OMS”, <http://www.who.int/about/es/>, Recuperado 3 de junio de 2009.

1.1 IMPORTANCIA DE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

En un mundo convulsionado por las guerras, las desigualdades sociales, las enfermedades, la pobreza extrema, el analfabetismo y la mayor inseguridad en la que vive casi toda la población mundial, nos obliga a reflexionar profundamente.

Ante esta situación, se requiere la intervención de las Organizaciones Internacionales, quienes pueden y deben actuar en apoyo de los países menos desarrollados, independientemente de las injerencias o presiones de algunos de sus miembros. Estos organismos, por la importancia que tienen deben generar un equilibrio estable y equitativo. Mediante sus textos y declaraciones se detallan los distintos aspectos: atribuciones, deberes, estructura, funcionamiento, objetivos, etc., de cada uno de ellos. De esta forma, más allá de los aspectos formales, se puede deducir la gran importancia e influencia que pueden tener en el desarrollo y bienestar de los Estados.

Se puede observar que el sistema internacional adopta distintas formas a través del tiempo, anotando como característica, el que la comunidad internacional es dinámica; como consecuencia se encuentra en un constante movimiento de reacomodo de sus actores; a la vez que se analiza el sistema internacional por períodos históricos, se observa que los actores también cambian, sucediéndoles otros con distintas características o coexistiendo con los ya existentes. Las Organizaciones Internacionales también son actores en el ámbito mundial, motivo de estudio asimismo para las Relaciones Internacionales.

Las Organizaciones internacionales son grupos o asociaciones que se extiende por encima de las fronteras de un estado y que adoptan una estructura orgánica permanente.

Existen dos categorías fundamentales de organizaciones internacionales. En primer lugar, las organizaciones intergubernamentales, integradas por representantes de los gobiernos nacionales y las organizaciones no gubernamentales se componen de personas particulares, grupos o entidades que no constituyen gobiernos nacionales.

Las Organizaciones Internacionales (O.I.) tratan de dar respuesta a las nuevas exigencias derivadas de la creciente interdependencia entre los Estados y otros entes Internacionales, entre los que las Organizaciones Internacionales tienen hoy singular importancia, así como de la globalización que caracteriza el presente contexto internacional.

Las Organizaciones Internacionales constituyen para los gobiernos el mecanismo para la celebración de consultas instantáneas y un foro para hacer frente a los problemas a largo plazo. Cuando las negociaciones entre gobiernos se estancan, las Organizaciones Internacionales ofrecen los buenos oficios de sus funcionarios para que actúen como un tercero imparcial. La neutralidad de sus funcionarios y de las Organizaciones Internacionales es uno de los bienes más preciados que deben poseer las Organizaciones. En casos de conflicto, los Estados Miembros, actuando por conducto de las Organizaciones Internacionales, pueden enviar misiones de paz para que se cumpla la cesación del fuego o para interponerse entre las fuerzas beligerantes, ejemplo de ello: las Naciones Unidas y la OTAN.

Muchos problemas mundiales: pobreza, desempleo, SIDA, problemas ambientales, delincuencia internacional, tráfico de drogas, migración internacional, refugiados, derechos humanos, medio ambiente, etc. sólo pueden ser atacados recurriendo a la cooperación internacional. Los distintos sistemas de las Organizaciones Internacionales, hacen que se tenga una participación activa en la solución de esos problemas: es el mejor mecanismo de que se dispone para movilizar y mantener dicha cooperación.

Las Organizaciones Internacionales brindan ayuda a los países en desarrollo en forma de donaciones y préstamos por un monto superior a los 25.000 millones de dólares al año. Los organismos de las Organizaciones Internacionales protegen a los refugiados, prestan ayuda alimentaria y reaccionan rápidamente a los desastres naturales. Con su labor han contribuido a la erradicación o contención de muchas enfermedades, al crecimiento de la producción alimentaria y al incremento de la longevidad. Asimismo, cooperan a la recuperación económica de las naciones, conceden préstamos a los países en desarrollo y ayudan a estabilizar los mercados financieros. Además, prestan servicios en los conflictos entre sus Estados miembros o dictan políticas de ayuda a los no miembros.

Las Organizaciones Internacionales no son, y nunca han pretendido ser, un gobierno mundial o regional, sino organizaciones de Estados soberanos e independientes que hacen únicamente lo que esos Estados soberanos han decidido que puede hacer: son sólo instrumentos. Lejos de contar con una "voluntad" propia, las Organizaciones Internacionales sólo pueden actuar según las instrucciones impartidas por los Estados Miembros.

Algunos de los logros de las Organizaciones Internacionales se han hecho públicos, muchos otros, que han beneficiado a gente en todo el mundo, se toman sencillamente como cosa natural. Por intermedio de las Organizaciones Internacionales se han promulgado más normas de derecho internacional.

Las Organizaciones Internacionales formularon en 1948 legislaciones que regularan los Derechos Humanos: una proclamación histórica de los derechos y libertades fundamentales reconocidas a todos los hombres y mujeres. Existen muchos tratados de las Organizaciones Internacionales que promueven y protegen los derechos humanos.

Los Programas de las Organizaciones Internacionales para el Desarrollo son la fuente mundial más importante de donaciones para el desarrollo. Con un

presupuesto anual del orden de los 10 000 millones de dólares financian en la actualidad miles de proyectos de desarrollo en todo el mundo, generando una inversión adicional, tanto pública como privada, estimada en unos 25 000 millones de dólares.³

Las Organizaciones Internacionales han contribuido con programas de alimentos, los cuales proporcionan cada año dos tercios aproximadamente de la ayuda alimentaria del mundo; no obstante, ayudan a fortalecer las formas democráticas de gobierno, ayudando a organizar elecciones en países de corte no democrático, ejemplo de ello fueron las elecciones en la década de 1990 donde varios países lograron con éxito transiciones democráticas. Una ola de democratización en África llevó a la celebración de elecciones en Benin, Ghana, Malí, Mauricio y Senegal donde los Organismos Internacionales que fungieron como organizadores y observadores declararon libres y democráticas.⁴

Las Organizaciones Internacionales han hecho que mejore la salud de millones de personas, vacunando niños, combatiendo el paludismo y las enfermedades parasitarias, suministrando agua potable y velando por la salud de los consumidores. La viruela fue erradicada de la faz de la Tierra en virtud de una campaña coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La UNICEF y la OMS emprendieron una campaña de inmunización universal contra seis enfermedades mortíferas, con lo cual se ha salvado la vida de más de 2 millones de niños al año. Como consecuencia, la longevidad y la esperanza de vida han aumentado en todo el mundo.

Los organismos de socorro de las Organizaciones Internacionales han prestado ayuda y protección a más de 30 000 millones de refugiados y personas desplazadas en todo el mundo. Además, las Organizaciones Internacionales

³ Ramírez, Oswaldo, *"El papel de las Organizaciones Internacionales en las Relaciones Internacionales"*, osram@telcel.net.ve, Recuperado el 22 de julio de 2009.

⁴ ACE, *"La red de conocimientos electorales"*, <http://aceproject.org/ace-es/topics/ei/ei30>, Recuperado el 22 de julio de 2009.

consiguen recaudar cada año mediante sus llamamientos alrededor de 3 500 millones de dólares para ayuda de emergencia a quienes son afectados por la guerra o por desastres naturales.⁵

Si bien su campo de acción ha sido extenso, las Organizaciones Internacionales han logrado penetrar los espacios nacionales y es aquí donde nos damos cuenta que ellas actúan en las áreas donde los Estados son ineficientes, debido a la falta de recursos generalmente.

Se puede percibir que las Organizaciones Internacionales marcan la pauta en cuanto a las Relaciones Internacionales, pues sirven de guías para tratar de encontrar soluciones a los problemas, tanto de la agenda internacional, mediante la cooperación y la suma de esfuerzos estatales.

1.2 ANTECEDENTES

Entre los asuntos que abordaron los diplomáticos que se reunieron en San Francisco (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional), fue constituir las Naciones Unidas en 1945, con esta la posibilidad de establecer una organización mundial dedicada a la salud.⁶

En el año de 1946 cuando la Sociedad de Naciones se disuelve oficialmente y cede su misión a las Naciones Unidas, se logra la redacción de los primeros estatutos de la Organización Mundial de la Salud por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas.

⁵ Ídem.

⁶ Seara, Vázquez Modesto, “*Tratado general de la Organización Internacional*”, Ed. Fondo de Cultura Económica, 2da Edición, México 1982, pp. 516-529.

En conformidad con las resoluciones del Consejo de 15 de febrero y de junio de 1946, la Conferencia Internacional de la Salud se reunió en Nueva York con el propósito de establecer una sola Organización Internacional de Salud.

El Consejo Económico y Social registra con satisfacción la conclusión y firma de la constitución de la Organización Mundial de la Salud, y reconoce la importancia de lograr su funcionamiento efectivo lo antes posible.⁷

Sin embargo, no fue sino hasta el 7 de abril de 1948 en Ginebra cuando se alcanza la constitución de la Organización Mundial de la Salud.

En junio de 1948, delegados procedentes de 53 de los 55 Estados Miembros originales de la OMS celebraron la primera Asamblea Mundial de la Salud, estableciendo:

- La promoción de la cooperación técnica en materia de salud entre las naciones;
- la aplicación de programas para combatir y erradicar las enfermedades; y,
- la mejora de la calidad de la vida.

Desde ese momento quedaron establecidos como objetivos:

- Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad con especial énfasis en las poblaciones pobres y marginadas;
- promover estilos de vida saludables y reducir los riesgos para la salud;

⁷ Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. "Resoluciones Aprobadas por el Consejo Económico y Social en su tercer periodo de sesiones, del 11 de septiembre al 10 de diciembre de 1946", Pág. 26. E/245/Rev.1" <http://daccessdds.un.org/doc/ UNDOC/ GEN/NR0/ 752/ 41/ IMG/NR075241.pdf?OpenElement>, Recuperado 5 de junio de 2009.

- desarrollar sistemas de salud más justos, eficaces y financieramente más equitativos.

Asimismo, decidieron que las principales prioridades de la OMS serían:

- El paludismo;
- la salud materno infantil;
- la tuberculosis;
- las enfermedades de transmisión sexual;
- la nutrición;
- el saneamiento ambiental.

Desde entonces, la labor de la OMS se ha ampliado para abarcar también problemas sanitarios que ni siquiera se conocían en 1948, incluidas enfermedades relativamente nuevas como el VIH/SIDA.

Con el paso del tiempo, la Organización Mundial de la salud ha realizado actividades de suma importancia, algunas de ellas son:

- La Clasificación Internacional de Enfermedades en 1948. La OMS asumió la responsabilidad de elaborar la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE (ICD por sus siglas en inglés *International Classification of Diseases*); dicha clasificación es la última de una serie que tiene sus orígenes en la década de 1850. La primera edición, conocida como la Lista Internacional de Causas de Defunción, fue aprobada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893 y la OMS se hizo cargo de la responsabilidad de la misma, desde su creación en 1948.

La CIE se utiliza para clasificar enfermedades y otros problemas sanitarios así mismo, se ha convertido en el patrón internacional que se utiliza para fines clínicos y epidemiológicos.⁸

➤ El Dr. Jonas Salk, de Estados Unidos de América, obtiene con éxito la primera vacuna contra la poliomielitis en 1952.⁹

➤ 1952–1964. Se lanza el “Programa mundial de lucha contra el pian”. Una de las primeras enfermedades que llamó la atención de la OMS, enfermedad que paraliza y deforma, además que en 1950 afectaba ya a unos 50 millones de personas. En el marco del programa mundial de lucha contra el pian, el cual funcionó plenamente entre 1952 y 1964, se utilizó la “nueva bala mágica”, penicilina de acción prolongada, para tratar la enfermedad con una única inyección. En 1965, ese programa había examinado 300 millones de personas en 46 países y había reducido en más de un 95% la prevalencia mundial de la enfermedad. Sin embargo, la insuficiencia de la vigilancia y la acción de la década de 1990 ha dado lugar a la persistencia y el resurgimiento de estas enfermedades en algunos países hasta el día de hoy.¹⁰

➤ El cirujano sudafricano *Christiaan Barnard* realizó el primer trasplante de corazón en 1967.¹¹

➤ En 1974 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución para crear el Programa Ampliado de Inmunización (EPI por sus siglas en inglés *Expanded Program on Immunisation*) con el fin de proporcionar vacunas básicas a todos los niños del mundo. Se emprende en Etiopía en 1980 con la intención de aumentar la

⁸World Health Organization. “*International Classification of Diseases (ICD)*”, <http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html>, Recuperado 2 de junio de 2009.

⁹Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud. “*Inmunización contra enfermedades de importancia para la salud pública*”, Nota informativa N°288 Marzo de 2005 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs288/es/index.html>, Recuperada el 2 de junio de 2009.

¹⁰World Health Organization. “*Yaws and other endemic treponematoses*”, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_27_MILS_1856_1967.pdf, Recuperado el 9 de junio de 2009.

¹¹Idem

cobertura de inmunización en un 10% anual y alcanzar una cobertura del 100% en 1990.¹²

➤ El Programa de lucha contra la oncocercosis fue lanzado en 1974. El Programa de Oncocercosis en África Occidental (*Onchocerciasis Control Programme in West Africa OCP*), patrocinado conjuntamente por la OMS, el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de las Naciones Unidas y la Organización para la Agricultura y la Alimentación, apoyado por una coalición de 20 países y organismos donantes; se puso en marcha en 1974. Durante 30 años se ha trabajado para eliminar la oncocercosis, o ceguera de los ríos, en África occidental. Al inicio del programa, 1 millón de personas en el África occidental sufrían de oncocercosis, 100 000 de ellos tenían graves problemas en los ojos, incluidos 35 000 que estaban ciegos. Con el programa, se han evitado 600 000 casos de ceguera y se libró de la enfermedad a 18 millones de niños. Miles de agricultores también pudieron recuperar 25 millones de hectáreas de tierras ribereñas fértiles que habían sido abandonadas debido al riesgo de infección. Actualmente, el programa cubre una población total de alrededor de 30 millones de personas en 11 países.¹³

➤ Aparece en 1977 la primera lista de medicamentos esenciales, dos años después que la Asamblea Mundial de la Salud introdujera el concepto de “medicamento esencial” y de “política farmacéutica nacional”. La disponibilidad de medicamentos en los países en desarrollo se ve dificultada por diversos factores, a saber: sistemas deficientes de suministro; distribución de medicamentos; instalaciones y personal de salud insuficientes; baja inversión en el sector sanitario y elevados costos de los medicamentos; por ello, la “Lista Modelo” puede ayudar a los países a racionalizar la adquisición y distribución de medicamentos, de ese modo, reducir los gastos del sistema de salud.

¹²World Health Organization, “Expanded program on immunization”, <http://www.who.int/countries/eth/areas/immunization/en/>, Recuperado 10 de junio de 2009.

¹³World Health Organization, “Water-related Diseases”, http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/oncho/en/, Recuperado el 8 de junio 2009.

En 1977, sólo una docena de países, aproximadamente, contaban con una lista o un programa de medicamentos esenciales. En la actualidad, cuatro de cada cinco países han elaborado listas nacionales. Para su inclusión en las listas, los medicamentos deben estar disponibles en todo el sistema de salud, en cantidades farmacéuticas apropiadas. La lista es una piedra angular de las políticas farmacéuticas nacionales y de todo el sistema farmacéutico.¹⁴

➤ En la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en 1978, celebrada en Alma-Ata, Kazajstán, que convocó a 134 países y 67 organizaciones internacionales, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo, de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, definiendo y otorgando reconocimiento internacional al concepto de "atención primaria de salud" como una estrategia para alcanzar la meta de "...Salud para Todos para el 2000...", un principio al que la OMS sigue aspirando.¹⁵

➤ En 1979 la erradicación de la viruela, enfermedad que ha matado y lisiado a millones de personas, es uno de los logros de los que más se enorgullece la OMS. La OMS coordinó entre 1967 y 1979 la campaña para erradicar esa enfermedad mortal en todo el mundo. En 1967 cuando la Organización Mundial de la Salud emprendió su programa mundial de erradicación, se notificaron 131,000 casos de viruela en 42 países. La OMS se enfrentaba con una ingente tarea y todos los interesados en ella sabían que la empresa exigiría un esfuerzo internacional sin precedentes.¹⁶ Por primera y única vez en la historia de la Organización se consiguió erradicar una de las principales enfermedades infecciosas.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud, "10 datos sobre los medicamentos esenciales", http://www3.alliancehpsr.org/features/factfiles/essential_medicines/essential_medicines_facts/es/in dex4.html, Recuperado el 6 de junio de 2009.

¹⁵ Pan American Health Organization, "25 Años de declaración de Alma-Ata", <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>, Recuperado el 10 de junio de 2009.

¹⁶ Boletín epidemiológico Organización Panamericana de la Salud, "Erradicación de la Viruela", Vol. 1 No. 4, 1980, <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/50731.pdf>, Recuperado el 05 de junio de 2009.

- En 1983 se identificó el VIH en el Instituto Pasteur (Francia). Se han hecho muchos progresos para ofrecer acceso al tratamiento, pero aún queda mucho por hacer en esta esfera. Es una meta de las Naciones Unidas que para 2010 cada persona que vive con el VIH tenga acceso al tratamiento antirretrovírico. Hoy, sólo el 30% de las personas que lo necesitan tienen acceso a él en los países de bajos y medianos ingresos.¹⁷

- Se estableció en 1988 la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis. Desde que se lanzó la iniciativa se ha reducido en más de un 99% el número de casos de esa enfermedad, desde más de 350 000 casos anuales a sólo unos cientos de ellos en 2005. Impulsada por gobiernos nacionales, la OMS, la Asociación Rotaria Internacional, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y el UNICEF, esa iniciativa ha inmunizado a más de 2000 millones de niños gracias a la movilización de más de 20 millones de voluntarios y profesionales sanitarios. Como resultado, hoy pueden caminar cinco millones de niños que, de otro modo, habrían quedado parálíticos, y se ha evitado la muerte de más de 1,2 millones de niños.¹⁸

- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. El 21 de mayo de 2003 fue una fecha histórica para la salud pública mundial. Tras casi cuatro años de intensas negociaciones, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó por unanimidad el primer tratado mundial de salud pública de la OMS.¹⁹ Ese tratado tiene por objeto reducir las muertes y enfermedades relacionadas con el tabaco en todo el mundo.

¹⁷ Boletín de la Organización Mundial de la Salud, “VIH: un descubrimiento importante que ya permite soñar con la posibilidad de curación”, Volumen 87, enero 2009, pp.1-80 <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/09-040109/es/index.html>, Recuperado el 05 de junio de 2009.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud, “Erradicación de la poliomiélitis: ahora más que nunca, detengamos la poliomiélitis para siempre, 15 de enero de 2004”, <http://www.who.int/features/2004/olio/es/#>, Recuperado el 04 de junio de 2009.

¹⁹ 56ª Asamblea Mundial de la Salud, “Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 21 de mayo de 2003”, <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf>, Recuperado el 1 de junio de 2009.

- A finales de 2003, se identifica por primera vez y luego se controla el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS).²⁰

- En 2004 se adopta la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, recordando el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*,²¹ en el que se indica que la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad atribuidas a las principales enfermedades no transmisibles representan actualmente alrededor del 60% de todas las defunciones y el 47% de la carga de morbilidad mundial, según se prevé, esos porcentajes aumentarán al 73% y al 60%, respectivamente, antes de 2020.

- La Asamblea Mundial de la Salud revisa el Reglamento Sanitario Internacional en 2005. El Reglamento Sanitario Internacional original, que se acordó en 1969, tuvo por objeto contribuir a la vigilancia y el control de cuatro enfermedades infecciosas graves: el cólera, la peste, la fiebre amarilla y la viruela.

Las nuevas normas abarcan una gama más amplia de emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las enfermedades emergentes.”El nuevo reglamento sitúa al control de las enfermedades en el contexto del siglo XXI”²², declaró el Dr. Anarfi Asamoah-Baah, Subdirector General, encargado de las enfermedades transmisibles. En este año, se aprobó un nuevo conjunto de normas sanitarias internacionales para hacer frente a las emergencias de salud pública de interés internacional. El nuevo reglamento tenía por objeto: prevenir la propagación internacional de enfermedades infecciosas, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública. El reglamento revisado impone a los países obligaciones mucho más amplias de creación de

²⁰ Epidemic and Pandemic Alert and Response (EPR), “Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)”, <http://www.who.int/csr/sars/en/>, Recuperado el 1 de junio de 2009.

²¹ Organización Mundial de la Salud, “Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana”, <http://www.who.int/whr/2002/es/>, Recuperado el 1 de junio de 2009.

²² World Health Organization, “International Health Regulations (IHR)”, <http://www.who.int/ihr/en/>, Recuperado el 4 de junio de 2009.

capacidad nacional tanto para adoptar medidas preventivas sistemáticas como para detectar y afrontar emergencias de salud pública de interés internacional.

Entre las medidas sistemáticas, cabe citar las relacionadas con la salud pública en fronteras, puertos y aeropuertos, en los medios de transporte internacional que pasan por ellos. El objetivo del Reglamento Sanitario Internacional es ofrecer la máxima protección a las personas frente a la propagación de enfermedades a escala internacional interfiriendo lo menos posible en los viajes y el comercio mundiales.²³

➤ En 2006 la Asamblea de la Salud aprobó la formación de un Grupo de Trabajo Especial OMS sobre Gripe Pandémica²⁴ como mecanismo provisional para asesorar a la Organización en temas relacionados con la gripe aviar y pandémica. Un nuevo virus de la gripe está provocando esporádicamente infecciones humanas, pero está mal adaptado a las personas. La gripe aviar hiperpatógena, causada por el virus H5N1, sigue siendo sobre todo una enfermedad de las aves de corral. El número de países que han notificado casos en seres humanos pasó de dos en 2004 a cinco en 2005. Durante los 10 primeros meses de 2006, nueve países notificaron 109 casos y 74 defunciones, lo que representó una tasa de letalidad de un 68%.

➤ Hitos en 2007. Fue el tercero de una serie de reuniones que marca el aniversario de la puesta en marcha del histórico Informe mundial sobre la violencia y la salud publicado por la OMS en 2002. Reunió a 200 de los principales investigadores, practicantes y promotores de la prevención de la violencia del mundo. En la reunión se subrayó la constatación de que cada vez son más numerosos los países que adoptan medidas para prevenir la violencia.

²³ Ídem.

²⁴ Organización Mundial de la Salud, "Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), Consejo Ejecutivo 120ª reunión 14 de diciembre de 2006", http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/b120_15-sp.pdf, Recuperado el 6 de junio de 2009.

1.3 GOBERNANZA, RECURSOS Y PLANIFICACIÓN

ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

La estructura central de la OMS está formada por un órgano decisorio llamado Asamblea Mundial de la Salud, integrada por delegados de todos los países miembros, la cual se celebra una vez al año y asisten a ella delegaciones de los 193 Estados Miembros de la OMS. Su función principal es determinar las políticas de la Organización. Asimismo, le compete el nombramiento de Director General y la supervisión de las políticas financieras de la Organización.

Sus Estados Miembros, incluyen todos los Estados de la ONU, excepto Liechtenstein, y 2 territorios no miembros de la ONU: Niue y las Islas Cook, los cuales funcionan bajo el estatuto de asociados, con acceso a la información completa pero con participación y derecho a voto limitados; actualmente, si son aprobados por mayoría de la asamblea Puerto Rico y Tokelau se convertirán en miembros asociados. Algunas entidades pueden también tener estatuto de observador, como lo es el Vaticano. Taiwán se propone como miembro observador, contando con la oposición de China que lo considera como parte de su territorio.

CONSEJO EJECUTIVO

El Consejo Ejecutivo está integrado por 34 personas técnicamente calificadas en el campo de la salud, cada una de ellas designada por un Estado Miembro elegido por la Asamblea Mundial de la Salud para que haga dicha designación. Los Estados Miembros son elegidos con ese fin para un plazo de tres años.

El Consejo se reúne por lo menos dos veces al año; la reunión principal tiene lugar normalmente en enero, seguida de una segunda reunión, más breve, en mayo, inmediatamente después de la Asamblea de la Salud. Las principales funciones

del Consejo Ejecutivo consisten en dar efecto a las decisiones y políticas de la Asamblea de la Salud, en asesorarla y, de manera general, en facilitar su trabajo.

En mayo de 2008, en la 123 reunión del consejo, fue elegido Presidente del Consejo Ejecutivo el Sr. Nimal Siripala de Silva de Sri Lanka.

MIEMBROS DEL CONSEJO EJECUTIVO

Dr. H. Ahmadzai (Afganistán 2006-2009), Dr. M. Dahl-Regis (Bahamas 2007-2010), Professor A.F.M.R. Haque (Bangladesh 2008-2011), Dr. P. M. Buss (Brasil 2008-2011), Dr. Ren Minghui (China 2006-2009), Mr J. Fisker (Dinamarca 2006-2009), M. A.A. Miguil (Djibouti 2006-2009), Dr. J. G. Maza Brizuela (El Salvador 2006-2009), Dr. A.A. Bin Shakar (Emiratos Árabes Unidos 2007-2010), Dr. B. Voljč (Eslovenia 2006-2009), (Estados Unidos de América 2006-2009), Dr. V. I. Starodubov (Federación de Rusia 2008-2011), Dr. M. Kökény (Hungría 2008-2011), Dr. S.F. Supari (Indonesia 2007-2010), Dr V. Jaksons (Letonia 2006-2009), Dr. K. Kamoto (Malawi 2007-2010), Mr. O.I. Touré (Malí 2006-2009), Dr. N. Gopee Chief Medical Officer (Mauricio 2008-2011), Maître M.A. Ould Siyam (Mauritania 2008-2011), Dr. A. Djibo (Níger 2008-2011), Mr. T. Ryall (Nueva Zelanda 2007-2010), Dr. A.J. Mohamed (Omán 2008-2011), Dr. O. Martínez Doldán (Paraguay 2007-2010), Sr. C. Vallejos (Perú 2007-2010), Sir Liam Donaldson (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte 2007-2010), Dr Sohn Myongsei (República de Corea 2007-2010), Dr. I. Ababii (República de Moldova 2007-2010), Mrs. G.A. Gidlow (Samoa 2008-2011), Dr. J.A.N. Dos Ramos (Santo Tomé y Príncipe 2007-2010), Dr. B. Sadasivan (Singapur 2006-2009), Mr. N.S. De Silva (Sri Lanka 2006-2009), Dr. H. Abdesselem (Túnez 2007-2010), Professor S. Aydin (Turquía 2006-2009) y Dr. S. Zaramba (Uganda 2008-2011),

SECRETARÍA

El personal de la Secretaría de la OMS está integrado por unas 8 000 personas, especialistas en cuestiones sanitarias y de otra índole y funcionarios de apoyo designados para un plazo fijo; trabajan en la Sede, en las seis oficinas regionales y en los países.

OFICINAS REGIONALES

Para ser una agencia especializada de la ONU, las seis oficinas regionales de la OMS tienen una notable autonomía. Cada oficina regional es dirigida por un director regional.

El comité regional de la OMS para cada región está formado por todos los jefes del servicio de salud de todos los gobiernos de los países que constituyen la región. Aparte de elegir al director regional, el comité regional está también a cargo de fijar las pautas para la puesta en práctica de todas las políticas sanitarias y las otras políticas adoptadas por la Asamblea Mundial dentro de su región. El comité regional también sirve como un comité examinador del progreso de las acciones de la OMS dentro de la región. El Director Regional es la cabeza de la OMS para su región particular, y maneja o supervisa al personal sanitario y a los otros expertos, en las jefaturas regionales y en los centros especializados, también ejerce la autoridad de supervisión directa, conjuntamente con el Director General de la OMS, de todos los jefes de las oficinas de los países que componen su región, conocidos como Representantes de la OMS.

Las seis oficinas regionales son (anexo 1):

- **Oficina Regional para África (AFRO)**, con sede en Brazzaville, República de Congo. AFRO incluye la mayor parte del África sub-sahariana, a

excepción de Egipto, Sudán, Túnez, Libia, Marruecos y Somalia que pertenecen a EMRO.

- **Oficina Regional para Europa (EURO)**, con sede en Copenhague, Dinamarca. Incluye a todos los países europeos.
- **Oficina Regional para Asia Sur-Oriental (SEARO)**, con sede en Nueva Delhi, India. Cubre todos los países asiáticos no servidos por WPRO y EMRO, incluyendo a Corea del Norte.
- **Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (EMRO)**, con sede en El Cairo, Egipto. EMRO incluye los países del norte de África, conocidos como el Magreb, más Somalia, que no se incluyen en AFRO, así como todos los países del Oriente Medio.
- **Oficina Regional para el Pacífico Occidental (WPRO)**, con sede en Manila, Filipinas. WPRO cubre todos los países asiáticos no servidos por SEARO y EMRO, y todos los países de Oceanía. Incluye a Corea del Sur.
- **Oficina Regional para las Américas (AMRO)**, con sede en Washington D.C., Estados Unidos. Es mejor conocido como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) siendo el organismo internacional sanitario más antiguo del mundo.

Por su parte, la OMS y sus Estados Miembros trabajan con numerosos asociados, entre ellos otros organismos de las Naciones Unidas, donantes, organizaciones no gubernamentales, centros colaboradores de la OMS y el sector privado.²⁵

²⁵ Asociados de la OMS en la Salud, “Trabajar en pro de la Salud: Presentación de la OMS 2006”, http://www.who.int/about/brochure_es.pdf, Recuperado el 10 de junio de 2009.

La OMS se constituye por cerca de 8 000 expertos en salud pública, entre ellos: epidemiólogos, científicos, gestores, administradores y otras personas de todo el mundo, trabajan para la OMS 147 oficinas en los diferentes países, seis oficinas regionales y la Sede en Ginebra, Suiza.

RECURSOS Y PLANIFICACIÓN

El marco de los recursos financieros y los gastos de la OMS se basa en el Undécimo Programa General de Trabajo, adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2006 y que abarca el periodo 2006–2015.

A partir de 2008–2009, un plan estratégico a plazo medio de seis años (2008–2013), que abarca tres periodos presupuestarios bienales, brindará el marco en que se inscribirá la gestión basada en los resultados de la OMS. El plan estratégico y el primero de sus tres presupuestos por programas (2008–2009) fueron adoptados por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2007.

BIENIO 2006-2007

El presupuesto total de la OMS previsto para el periodo 2006-2007 fue de alrededor de US\$ 3 300 millones. De esa cantidad, sólo aproximadamente una cuarta parte procede de las contribuciones ordinarias de los Estados Miembros de la OMS, mientras que más del 70% son fondos que los países, organismos y otros asociados entregan a la OMS de forma voluntaria.

Gráfica 1
Fondos de toda procedencia para el periodo 2006-2007

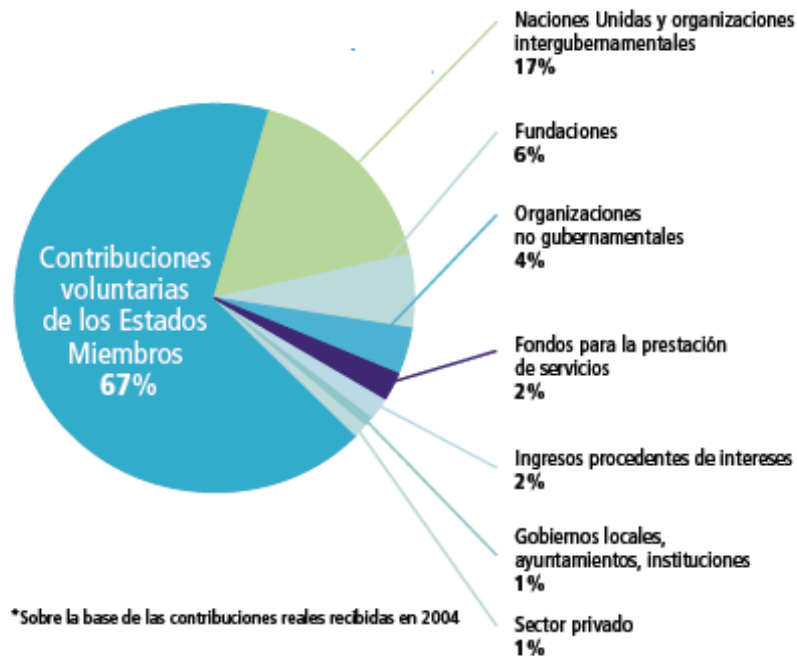


Fuente 1: Asociados de la OMS en la Salud, “Trabajar en pro de la Salud: Presentación de la OMS 2006”, http://www.who.int/about/brochure_es.pdf, Recuperado el 30 de mayo de 2009.

Desde siempre, las contribuciones voluntarias han procedido principalmente de los Estados Miembros. A continuación figura una lista de otros contribuyentes, sobre la base de las contribuciones reales recibidas en 2004. Para el periodo 2006-2007, la OMS se propuso aumentar la diversidad de sus fuentes de financiación.

Gráfica 2

Procedencia de las contribuciones voluntarias



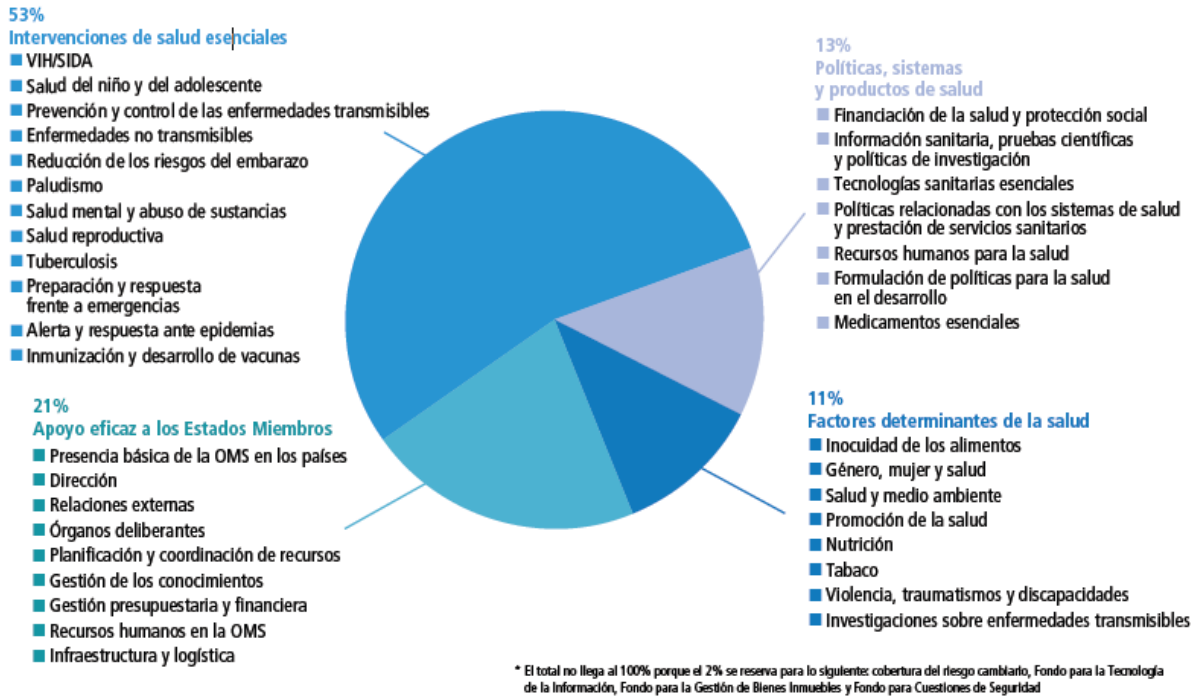
Fuente 2: Asociados de la OMS en la Salud, “Trabajar en pro de la Salud: Presentación de la OMS 2006”, http://www.who.int/about/brochure_es.pdf, Recuperado el 30 de mayo de 2009.

Para obtener resultados, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un presupuesto que dividió el gasto de la OMS en cuatro categorías interdependientes, a saber:

- Intervenciones sanitarias esenciales: respuesta a las alertas ante brotes epidémicos y reducción de la mortalidad maternoinfantil.
- Sistemas, políticas y productos de la salud: calidad de los medicamentos y las tecnologías.
- Factores determinantes de la salud: nutrición y consumo de tabaco.

- Apoyo eficaz a los Estados Miembros: aumento de la inversión en la gestión de los conocimientos y la tecnología de la información, y garantía de la seguridad del personal.

Gráfica 3
Gastos estimados por grupos de actividad, para el periodo 2006-2007



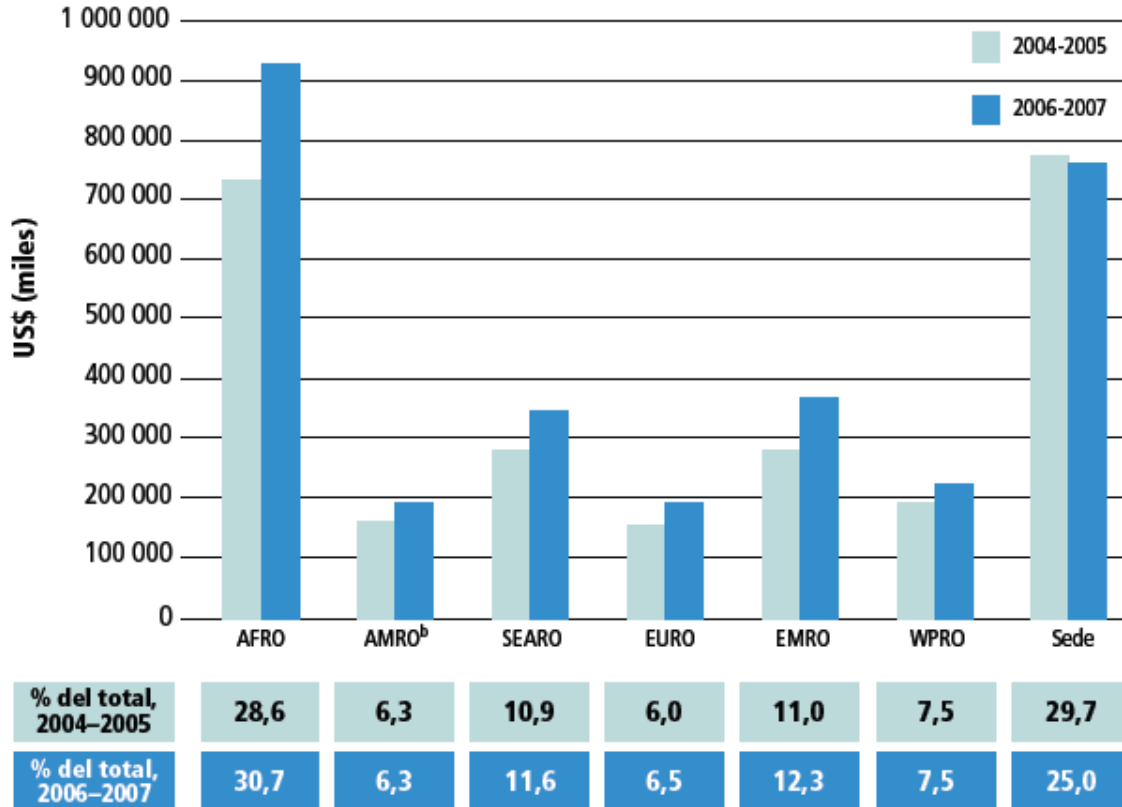
Fuente 3: Asociados de la OMS en la Salud, “Trabajar en pro de la Salud: Presentación de la OMS 2006”, http://www.who.int/about/brochure_es.pdf, Recuperado el 30 de mayo de 2009.

El siguiente diagrama proporciona un desglose de los gastos en las regiones y en la sede, sobre la base de todas las fuentes de financiación, para los periodos 2004-2005 y 2006-2007. Las cifras en el nivel regional son una combinación de las cantidades propuestas para el presupuesto por países y regiones. Con el fin de obtener los mejores resultados sanitarios en los países, la OMS destina aproximadamente el 75% de sus fondos a las oficinas de país y regionales, y alrededor del 25% a la sede.

Gráfica 4

Presupuesto por programas para 2004-2005, 2006-2007, por oficina.

Fondos de todas las procedencias



^a Excluidos los programas especiales y otros fondos (Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales; Centro de Kobe; Programa Especial PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana; cobertura del riesgo cambiario; Fondo para la Tecnología de la Información; Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles; Fondo para Cuestiones de Seguridad)

Fuente 4: Asociados de la OMS en la Salud, “Trabajar en pro de la Salud: Presentación de la OMS 2006”, http://www.who.int/about/brochure_es.pdf, Recuperado el 30 de mayo de 2009.

BIENIO 2008-2009

Para que la Organización pueda responder a una demanda creciente, la Directora General propuso aumentar el nivel general del presupuesto en US\$ 4227 millones para el bienio 2008-2009, lo que representa un aumento del 15,2%, o

aproximadamente US\$ 557 millones, en comparación con el gasto previsto en el bienio 2006-2007²⁶.

La preparación del presupuesto de la Organización depende de factores complicados entre los que destacan la inflación y los tipos de cambio. La repercusión total de esos factores durante el bienio 2008-2009 se estima en US\$ 248 millones.

En comparación con 2006-2007:

- Los “gastos de personal”, que representan en torno a un 40% del gasto de la OMS, se aumentaron aproximadamente en US\$ 165 millones, sin un aumento significativo del número de funcionarios; de esa cantidad, US\$ 67 millones son atribuibles a la inflación, y US\$ 48 millones a las fluctuaciones cambiarias. Unos US\$ 50 millones corresponden a los derechos adicionales concedidos al personal contratado a corto plazo.
- Los “costos de las actividades” (bienes y servicios), que representan aproximadamente un 60% del gasto, se acrecentaron aproximadamente en US\$ 83 millones.²⁷ Una parte importante de ese concepto, como los gastos de viaje, los contratos de investigación o los suministros farmacéuticos, está sujeta a inflación de precios en diversas zonas geográficas y monedas. El impacto inflacionario de esos incrementos se ha calculado asumiendo una inflación neta del 2% anual en términos de dólares.

El incremento del presupuesto tiene por objeto varias áreas específicas de los objetivos estratégicos que se han recogido como prioridades en el presupuesto por programas. Esas áreas reflejan algunos problemas de salud emergentes y diversas preocupaciones expresadas por los Estados Miembros en resoluciones

²⁶ Organización Mundial de la Salud, “Presupuesto por Programa 2008-2009.”, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/AMTSP-PPB/a-mtsp_4sp.pdf, Recuperado 30 de mayo de 2009.

²⁷ Ídem.

recientes adoptadas por la Asamblea de la Salud. Estas prioridades son las siguientes:

- Reducir la mortalidad materno-infantil procurando garantizar el acceso universal a las intervenciones eficaces y la cobertura correspondiente, fortalecer los servicios de salud.
- Afrontar la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles, centrando la atención en las medidas tendentes a reducir los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la inactividad física.
- Aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para responder rápidamente a los brotes de enfermedades conocidas y nuevas, a las emergencias, aprovechando la erradicación de la poliomielitis para desarrollar una infraestructura eficaz de vigilancia y respuesta.
- Mejorar los sistemas de salud, centrando la atención en los recursos humanos, la financiación y la información sanitaria.
- Mejorar el desempeño de la OMS mediante métodos de trabajo más eficientes, crear y gestionar alianzas para conseguir los mejores resultados en los países.

Las diferencias entre el presupuesto por programas 2008-2009 y el presupuesto anterior organizado en forma de áreas de trabajo se detallan en el siguiente cuadro: Relación entre los objetivos estratégicos 2008-2009 y las áreas de trabajo 2006-2007.

Cuadro 1

Presupuestación de áreas prioritarias: comparación entre el presupuesto por programas 2008-2009 y el presupuesto por programas 2006-2007

| Prioridad | Gasto previsto 2006–2007 (millones de US\$) | Presupuesto por programas 2008–2009 (millones de US\$) | Aumento respecto al gasto previsto 2006–2007 (millones de US\$) | |
|--|---|--|---|------|
| | | | % | |
| Reducir la mortalidad materno infantil procurando garantizar el acceso universal a las intervenciones eficaces y la cobertura correspondiente, y fortalecer los servicios de salud. | 138,9 | 224,4 | 85,5 | 61,6 |
| Afrontar la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles, centrando la atención en las medidas tendentes a reducir los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la inactividad física. | 209,0 | 320,2 | 111,2 | 53,2 |
| Aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para responder rápidamente a los brotes de enfermedades conocidas y nuevas y a las emergencias, aprovechando la erradicación de la poliomielitis para desarrollar una infraestructura eficaz de vigilancia y respuesta. | 256,8 | 355,7 | 98,9 | 38,5 |
| Mejorar los sistemas de salud, centrando la atención en los recursos humanos, la financiación y la información sanitaria. | 465,9 | 514,1 | 48,2 | 10,3 |
| Mejorar el desempeño de la OMS mediante métodos de trabajo más eficientes, y crear y gestionar alianzas para conseguir los mejores resultados en los Países. | 737,2 | 756,7 | 19,5 | 2,6 |
| TOTAL | | | 363,3 | |

Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Presupuesto por Programa 2008-2009.", http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/AMTSP-PPB/a-mtsp_4sp.pdf, Recuperado 30 de mayo de 2009.

Cuadro 2
Presupuesto por programas 2008-2009: financiación en comparación con el
presupuesto por programas 2006-2007 (millones de US\$)

| Fuente de ingresos | Referencia 2006–2007 | | Presupuesto por programas 2008–2009 | Aumento respecto al gasto previsto 2006–2007 % |
|---|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|
| | Presupuesto por programas 2006-2007 | Gasto previsto 2006-2007 | | |
| Contribuciones señaladas | 893 | 893 | 929 | 4,0 |
| 2008–2009 | 22 | 22 | 30 | 36,4 |
| Ingresos varios | | | | |
| Total contribuciones Señaladas | 915 | 915 | 959 | 4,8 |
| Contribuciones básicas | ---- | 300 | 600 | 100,0 |
| Negociadas | | | | |
| Otras contribuciones | ---- | 2 455 | 2 668 | 8,7 |
| Voluntarias | | | | |
| Total contribuciones Voluntarias | 2 398 | 2 755 | 3 268 | 18,6 |
| Total financiación | 3 313 | 3 670 | 4 227 | 15,2 |

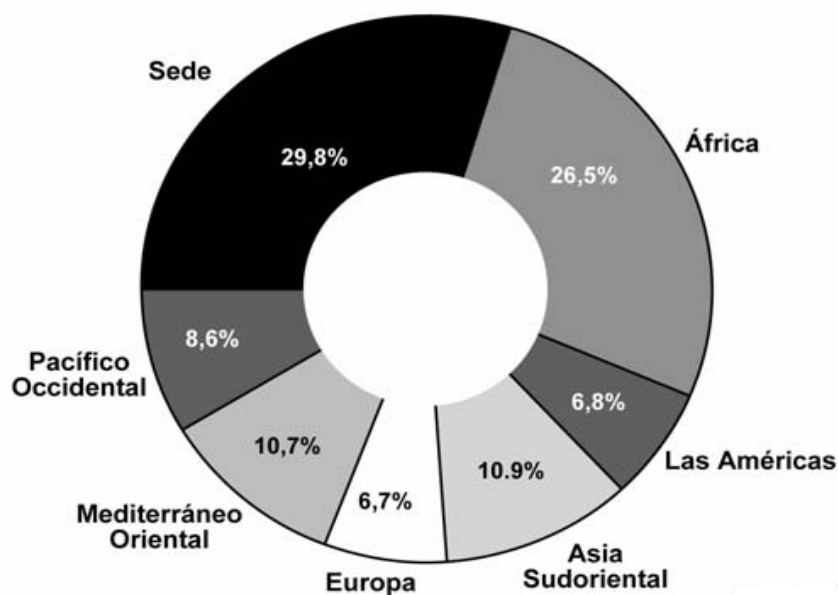
Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Presupuesto por Programa 2008-2009.", http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/AMTSP-PPB/a-mtsp_4sp.pdf, Recuperado 30 de Mayo de 2009.

Cuadro 3
Comparación entre el presupuesto por programas 2008-2009 y el
presupuesto por programas 2006-2007 por oficina y fuente principal de
financiación (millones de US\$)

| Lugar Oficina Regional: | Presupuesto por programas 2006–2007 | | | Presupuesto por programas 2008–2009 | | |
|--------------------------------|--|-------------------------------|------------------|--|-------------------------------|------------------|
| | Contribuciones señaladas | Contribuciones voluntarias | Total | Contribuciones señaladas | Contribuciones voluntarias | Total |
| África | 204 | 746 | 950 | 213 | 981 | 1 194 |
| Las Américas | 78 | 121 | 199 | 82 | 197 | 279 |
| Asia Sudoriental | 99 | 258 | 357 | 104 | 387 | 491 |
| Europa | 58 | 142 | 200 | 63 | 211 | 274 |
| Mediterráneo Oriental | 87 | 294 | 381 | 92 | 373 | 465 |
| Pacífico Occidental | 77 | 156 | 233 | 80 | 268 | 348 |
| Sede | 312 | 681 | 993 | 325 | 851 | 1 176 |
| Total | 915 | 2 398 | 3 313 | 959 | 3 268 | 4 227 |

Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Presupuesto por Programa 2008-2009.", http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/AMTSP-PPB/a-mtsp_4sp.pdf, Recuperado 30 de mayo de 2009.

Gráfica 5
Distribución del presupuesto entre las Oficinas Regionales y la Sede



Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Presupuesto por Programa 2008-2009.", http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/AMTSP-PPB/a-mtsp_4sp.pdf, Recuperado 30 de mayo de 2009.

Cuadro 4
Distribución del presupuesto entre las oficinas regionales y la Sede
(Millones de US\$)

| Lugar | Aprobado 2006-2007 | Porcentaje del total | Presupuesto por programas 2008-2009 | Porcentaje del total | Mecanismo de validación | |
|-------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|--------------------------|--------|
| | | | | | Márgenes como Porcentaje | |
| Oficina Regional: | | | | | Mínimo | Máximo |
| África | 768,9 | 26,5 | 992,4 | 26,5 | 25,2 | 30,8 |
| Las Américas | 181,6 | 6,3 | 255,4 | 6,8 | 6,3 | 7,7 |

| | | | | | | |
|-----------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|------|------|
| Asia Sudoriental | 290,7 | 10,0 | 407,5 | 10,9 | 10,9 | 13,3 |
| Europa | 188,2 | 6,5 | 250,8 | 6,7 | 6,2 | 7,5 |
| Mediterráneo Oriental | 287,6 | 9,9 | 399,3 | 10,7 | 9,1 | 11,2 |
| Pacífico Occidental | 22,7 | 7,7 | 323,8 | 8,6 | 7,1 | 8,7 |
| Sede | 962,7 | 33,1 | 1 115,9 | 29,8 | 25,2 | 30,8 |
| | 2 909,3 | 100,0 | 3 745,1 | 100,0 | | |

Fuente: Organización Mundial de la Salud, “Presupuesto por Programa 2008-2009.”, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/AMTSP-PPB/a-mtsp_4sp.pdf, Recuperado 30 de Mayo de 2009.

Para informar sobre los fondos que emplea, la OMS utiliza la gestión basada en los resultados. Esto significa que, cada dos años, la Organización determina sus planes para el futuro, la manera en que se propone llevarlos a cabo y los fondos necesarios para alcanzar sus objetivos. Los progresos realizados con respecto a esos objetivos se notifican a la Asamblea Mundial de la Salud. De ese modo, la OMS puede informar con regularidad sobre sus logros, mejorar la asignación de sus fondos y ser lo más transparente y responsable posible frente a los países miembros y los donantes.

1.4 AGENDA DE LA OMS Y SUS FUNCIONES EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

LA AGENDA DE LA OMS

La OMS opera en un entorno cada vez más complejo y en rápida transformación. Los límites de la acción de salud pública se han difuminado, extendiéndose ahora a otros sectores que también influyen en las oportunidades de acción sanitaria y en sus resultados. La OMS responde a esos retos con una agenda de siete esferas prioritarias. Las tres primeras son esferas amplias que guardan estrecha relación con la salud: invertir en la salud para reducir la pobreza, crear seguridad sanitaria individual y mundial, promover la cobertura universal, la igualdad entre hombres y mujeres, los derechos humanos relacionados con la salud. Las otras cuatro se centran en tareas más específicas: abordar los determinantes de la salud, reforzar los sistemas de salud y ampliar el acceso equitativo, aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología, reforzar la gobernanza, el liderazgo y la rendición de cuentas.

➤ Invertir en salud para reducir la pobreza

“Erradicar la pobreza extrema y el hambre” es de los más importantes por ser uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En todos los países la pobreza se acompaña de elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y carencias en micronutrientes, exposición a enfermedades infecciosas. La relación con la pobreza es recíproca: las mejoras sanitarias son indispensables para reducir la pobreza y viceversa.

➤ Crear seguridad sanitaria individual y mundial

La seguridad sanitaria mundial se ha convertido en un punto destacado del programa internacional. Está aumentando el número de conflictos, desastres

naturales, brotes epidémicos y zoonosis. Un ejemplo de ello es el riesgo de pandemia para los seres humanos como consecuencia de la gripe aviar y los casos humanos asociados.

El aumento constante del comercio transfronterizo de alimentos, así como el gran número de personas que viajan entre los países, pueden acelerar la transmisión de las enfermedades a una población muy dispersa. Un ejemplo de ello es la propagación del VIH/SIDA, que en muchos países ha alcanzado proporciones desastrosas.

El sistema de las Naciones Unidas continúa colaborando con las autoridades nacionales para crear capacidad a fin de responder a las necesidades sanitarias en tiempos de crisis. Cuando se producen conflictos o desastres es necesario movilizar rápidamente recursos para apoyar la recuperación y la transición a sistemas sanitarios sostenibles. En lo posible, en tiempos de crisis hay que seguir manteniendo la higiene y la seguridad en la atención primaria de salud, la curación y los servicios hospitalarios. A medida que aumentan las amenazas de pandemias como la gripe aviar, la comunidad internacional debe colaborar con las autoridades nacionales e internacionales para responder de forma rápida, equitativa y eficaz.

- Promover la cobertura universal, la igualdad entre hombres y mujeres y los derechos humanos relacionados con la salud

En la Constitución de la OMS se establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.²⁸ En los últimos años, el alcance y contenido de los derechos humanos relacionados con la salud se han determinado con más claridad en el derecho internacional, con arreglo al cual los gobiernos tienen la obligación de trabajar por la realización progresiva de estos derechos.

²⁸ “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, http://www.who.int/int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf, Recuperado el 10 de junio de 2009.

➤ Abordar los determinantes de la salud

Todo esfuerzo serio para mejorar la salud de las personas más vulnerables del mundo y reducir la inequidad sanitaria debe abordar los determinantes básicos de la salud. Algunos de ellos, como los niveles de ingresos, el papel asignado a las personas en función de su sexo, la educación y el origen étnico, están relacionados con la exclusión social; otros, como las condiciones de vida, el entorno laboral, las prácticas sexuales de riesgo y la disponibilidad de alimentos y agua, guardan más relación con la exposición a riesgos. Otros determinantes más amplios, de carácter económico, político y ambiental, abarcan la urbanización, los derechos de propiedad intelectual, el comercio y las invenciones, la globalización, la contaminación atmosférica y el cambio climático.

➤ Reforzar los sistemas de salud y promover el acceso equitativo

Sin inversiones cuantiosas y sostenidas los sistemas sanitarios no podrán seguir avanzando hacia la cobertura universal, no será posible subsanar las deficiencias en materia de aplicación. El fortalecimiento de los sistemas de salud estará vinculado con procesos gubernamentales más amplios, como la reforma de la administración pública, la revisión y reestructuración del gasto público, la descentralización y las estrategias de reducción de la pobreza. Si bien todos estos procesos repercuten en la salud, los profesionales sanitarios siempre han tenido una escasa participación en ellos.

➤ Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología

La actual carga mundial de mortalidad y morbilidad prematuras podría aliviarse en gran medida aplicando soluciones coherentes y coordinadas de medidas de salud pública. Sin embargo, también se necesitan importantes adelantos científicos, nuevos conocimientos, que, junto con nuevas tecnologías, puedan aportar tratamientos eficaces.

- Reforzar la gobernanza, el liderazgo y la rendición de cuentas

Es necesario que a nivel nacional exista tanto una firme voluntad política como una gobernanza y un liderazgo racionales. La salud de la población debe ser una de las preocupaciones básicas de los gobiernos. La formulación de políticas públicas es una ocasión propicia para introducir más coherencia en la producción de resultados sanitarios. Los ministerios de salud deben demostrar liderazgo en la promoción del diálogo sobre políticas y de estrategias de intervención intersectoriales tanto en el ámbito público como en el privado.

FUNCIONES DE LA OMS EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

Sobre la base del mandato de la OMS y teniendo en cuenta su ventaja comparativa, se han definido seis funciones básicas para la Organización:

1. Fijar las líneas de investigación y estimular la producción de conocimientos valiosos, así como la traducción y divulgación del correspondiente material informativo.
2. Brindar liderazgo en temas decisivos para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas.
3. Formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico.
4. Seguir de cerca la situación en materia de salud y acordar las tendencias sanitarias.
5. Limitar normas y patrones, promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica.

6. Prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;

Estas funciones básicas se han descrito en el Undécimo Programa General de Trabajo, que proporciona el marco para el programa de trabajo, el presupuesto, los recursos y los resultados a nivel de toda la organización. Titulado "Contribuir a la salud", el programa abarca un periodo de diez años que va de 2006 a 2015.²⁹

1.5 REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o bien, "el Reglamento", es un instrumento jurídicamente vinculante entre los Estados Miembros de la OMS y otros Estados que han aceptado quedar obligados por él.

Tiene por objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo. Ante el mundo globalizado de hoy, las enfermedades pueden propagarse rápidamente y a gran distancia al amparo de los viajes y el comercio internacional.³⁰ Como lo hemos observado, una crisis sanitaria en un país puede afectar a los medios de vida y la economía de muchas partes del mundo. Tales crisis pueden tener su origen en enfermedades infecciosas emergentes como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) o una nueva pandemia de gripe humana.

El RSI está pensado para interferir lo menos posible en el tráfico y el comercio internacional y a la vez proteger la salud pública previniendo la diseminación de enfermedades. Por su parte, el RSI puede aplicarse también a otras emergencias

²⁹ La OMS, "Función de la OMS en salud pública", <http://www.who.int/about/role/es/index.html>, Recuperado el 9 de junio de 2009.

³⁰ Presentación de la OMS, "Trabajar en pro de la salud", http://www.who.int/about/brochure_es.pdf, Recuperado el 13 de junio de 2009.

de salud pública, causadas por ejemplo por derrames, fugas o vertidos de productos químicos o por accidentes nucleares.

Como historia, podemos mencionar que, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) fue adoptado por la Asamblea de la Salud en 1969, con el precedente del Reglamento Sanitario Internacional (*International Sanitary Regulations*), acogido por la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en 1951. El Reglamento de 1969, que inicialmente abarcaba seis “enfermedades cuarentenables”, tuvo modificaciones en 1973 y 1981, fundamentalmente para reducir de seis a tres el número de enfermedades comprendidas: fiebre amarilla, peste y cólera, para reflejar la erradicación mundial de la viruela.³¹

Sin embargo, en el año de 1995 la 48ª Asamblea Mundial de la Salud solicitó que se emprendiera una revisión sustancial del Reglamento adoptado en 1969. En su resolución WHA48.7, la Asamblea de la Salud pidió al Director General que adoptara medidas para preparar esa revisión, reclamando una amplia participación y cooperación en el proceso.³²

Después de un extenso trabajo preliminar sobre la revisión, realizada por la Secretaría de la OMS en estrecha consulta con los Estados Miembros de la OMS, organizaciones internacionales y otros asociados pertinentes, y aprovechando la dinámica creada por la aparición del síndrome respiratorio agudo severo, primera emergencia de salud pública de alcance mundial del siglo XXI, la Asamblea de la Salud estableció en 2003 un Grupo de Trabajo Intergubernamental abierto a la participación de todos los Estados Miembros para examinar un proyecto de revisión del Reglamento y recomendarlo a la Asamblea de la Salud.

El RSI (2005) fue adoptado por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, el 23 de mayo de 2005 y entró en vigor el 15 de junio de 2007. Su “finalidad y alcance” se

³¹ OMS, “*Reglamento sanitario internacional 2005 segunda edición*”, http://www.who.int/csr/ihr/IHR_2005_es.pdf, Recuperado el 14 de junio de 2009.

³² Ídem.

definen así: “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla, darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacional”.³³

El RSI (2005) presenta una serie de novedades, entre las que cabe citar:

a) Un alcance que no se limita a tal o cual enfermedad o modalidad de transmisión en concreto, sino que abarca “toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia, que contenga o pueda incluir un daño importante para el ser humano”.³⁴

b) La obligación de los Estados Partes de instalar un mínimo de capacidades básicas en materia de salud pública.

c) Disposiciones que autorizan a la OMS a tomar en consideración las noticias oficiales acerca de eventos de salud pública y solicitar a los Estados Partes la verificación de esos eventos.

d) La obligación de los Estados Partes de notificar a la OMS los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional de acuerdo con criterios definidos.

e) El establecimiento de Centros Nacionales de Enlace para el RSI y Puntos de Contacto de la OMS para el RSI, encargados de tramitar las comunicaciones urgentes entre los Estados Partes y la OMS.

f) La protección de los derechos humanos de los viajeros y otras personas.

³³ Ídem.

³⁴ Ídem.

g) Los procedimientos para que el Director General determine la existencia de una “emergencia de salud pública de importancia internacional” y formule las recomendaciones temporales correspondientes, después de haber tenido en cuenta la opinión de un Comité de Emergencias;

El RSI, obliga a los países a comunicar a la OMS los brotes de ciertas enfermedades y determinados eventos de salud pública. Partiendo de la experiencia única de la OMS en materia de vigilancia, alerta sanitarias, de respuesta a las enfermedades en el mundo, el RSI define los derechos y obligaciones de los países en cuanto a la notificación de eventos de salud pública e instituye una serie de procedimientos que la OMS debe seguir en su trabajo para proteger la salud pública mundial.

Por otra parte, el RSI obliga a los países a reforzar sus medios actuales de vigilancia y respuesta sanitarias. La OMS, en estrecha colaboración con los países y los asociados, presta apoyo, asesoramiento técnico a fin de conseguir los recursos necesarios para aplicar puntual y eficazmente la nueva normativa. El hecho de que todo evento de salud pública sea notificado a tiempo y de forma abierto hará del mundo un lugar más seguro.

NOTIFICACIÓN Y OTROS REQUISITOS DE INFORMACIÓN

En el RSI (2005) se indican tres maneras en que los Estados Partes pueden iniciar las comunicaciones con la OMS relativas a un evento (verse en anexo 2):

Notificación: Se estipula que se notifiquen a la OMS todos los eventos que, según la evaluación, puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, teniendo en cuenta las circunstancias en que se produce el evento. La notificación debe cursarse dentro de las 24 horas de realizada la evaluación por el país afectado utilizando el instrumento de decisión

consignado en el anexo 2 del RSI (2005).³⁵ En el instrumento de decisión se establecen cuatro criterios a los que debe ceñirse el Estado Parte al evaluar un evento que ocurra en su territorio así como su decisión de si el evento debe notificarse o no a la OMS:

1. ¿Tiene el evento una repercusión de salud pública grave?
2. ¿Se trata de un evento inusitado o imprevisto?
3. ¿Existe un riesgo significativo de propagación internacional?
4. ¿Existe un riesgo significativo de restricciones a los viajes o al comercio internacional?

A las notificaciones debe seguir la comunicación inmediata de información detallada de salud pública sobre el evento, con inclusión, en lo posible, de definiciones de los casos, resultados de laboratorio, origen y tipo del riesgo, número de casos, defunciones, condiciones que influyen en la propagación de la enfermedad y las medidas sanitarias aplicadas.

Consultas: Cuando el Estado Parte no pueda llevar a cabo una evaluación definitiva valiéndose del instrumento de decisión del anexo 2, tiene la opción explícita de iniciar consultas confidenciales con la OMS, recabar asesoramiento sobre la evaluación y las medidas sanitarias apropiadas que corresponda adoptar.

Otros informes: Los Estados Partes deben informar a la OMS por conducto del Centro Nacional de Enlace para el RSI, antes de que transcurran 24 horas desde que hayan tenido conocimiento de ellas, las pruebas que se haya producido fuera de su territorio un riesgo para la salud pública podrían causar la propagación

³⁵ Ídem.

internacional de una enfermedad, puesta de manifiesto por la exportación o importación de casos humanos, vectores portadores de infección o contaminación, o mercancías contaminadas.

Además de estos tres tipos de comunicaciones, los Estados Partes deben dar curso a las **solicitudes de verificación de la OMS**. La OMS tiene el mandato expreso de obtener de los Estados Partes la verificación de los informes o comunicaciones no oficiales, recibidos de diversas fuentes, acerca de eventos producidos en sus territorios que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional. Esos informes son examinados primeramente por la OMS antes de cursar una solicitud de verificación. Los Estados Partes deben acusar recibo de esta petición en un plazo de 24 horas, y proporcionar la información de salud pública de que dispongan sobre la situación de los eventos, seguida, oportunamente, de la comunicación continua al Estado Parte notificador de la información exacta y suficientemente detallada sobre la salud pública de que dispongan.

De igual forma, en el Reglamento se reconocen las obligaciones generales de la OMS en materia de vigilancia, se estipulan procedimientos concretos de colaboración entre los Estados Partes afectados y la OMS respecto de la evaluación, el control de los eventos, riesgos de salud pública, incluso antes de que sean notificados oficialmente a la OMS.

En el plano internacional, para su análisis en tiempo real de los eventos de salud pública, la OMS se vale de conocimientos técnicos, la inteligencia de las situaciones, las circunstancias operacionales y los requisitos de la comunicación de peligros a fin de evaluar los riesgos para la salud pública de conformidad con su mandato en virtud del RSI (2005). Para seguir reforzando la capacidad de alerta y respuesta en el nivel internacional, la OMS ha elaborado un sistema mejorado de gestión de eventos así como procedimientos operativos estándar. Esta herramienta en línea funciona como repositorio oficial de toda la información

referente a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional. Facilita las comunicaciones dentro de la OMS, con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, con las instituciones de carácter técnico y con los asociados; además, proporciona oportuna información de salud pública para la gestión de estos eventos y riesgos.

La información relativa a riesgos para la salud pública notificada o comunicada a la OMS con arreglo al RSI (2005) se evalúa conjuntamente con el Estado Parte afectado a fin de determinar la naturaleza, el alcance del riesgo, el potencial de propagación internacional de una enfermedad, las probabilidades de interferencia con los viajes y el comercio, las estrategias apropiadas de respuesta y contención.

En el caso de necesitar una acción mundial inmediata como respuesta de salud pública para prevenir o controlar la propagación internacional de una enfermedad, el RSI (2005) confiere al Director General de la OMS la potestad de determinar que el evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional. En estos casos, un Comité de Emergencias previsto en el RSI dará su opinión al Director General sobre las recomendaciones temporales en lo referente a las medidas de salud pública más apropiadas y necesarias para hacer frente a la emergencia.

Si el Estado Parte de que se trate, no estuviera de acuerdo en que se está produciendo una emergencia de salud pública de importancia internacional, el Comité de Emergencias emitirá también un dictamen. Las recomendaciones temporales formuladas por el Director General están dirigidas a los Estados Partes tanto afectados como no afectados y tienen por objeto prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad evitando interferencias innecesarias con el tráfico internacional.

Asimismo, otra innovación fundamental del RSI (2005) es la obligación de todos los Estados Partes de crear, reforzar, mantener capacidades básicas de salud

pública en materia de vigilancia y respuesta. Para poder detectar, evaluar, notificar eventos, informar sobre ellos; respondiendo a los riesgos y emergencias de salud pública de importancia internacional. Los Estados Partes deben cumplir los requisitos estipulados en la parte A del anexo 1 del RSI (2005).³⁶ Se enumeran allí las capacidades básicas necesarias (anexo 3) en los niveles local (comunidad), intermedio (nacional), incluida en el plano nacional, la de evaluación dentro de las 48 horas de todas las informaciones relativas a eventos apremiantes y su comunicación inmediata a la OMS por conducto del Centro Nacional de Enlace para el RSI, cuando así proceda.

El RSI (2005) prescribe que cada Estado Parte, con el apoyo de la OMS, tenga instalada la capacidad básica necesaria para las tareas de vigilancia y respuesta “lo antes posible”, a más tardar a los cinco años de la fecha de entrada en vigor del Reglamento para ese Estado Parte.

En el RSI (2005) se establece un proceso de dos etapas para ayudar a los Estados Partes a planificar el cumplimiento de sus obligaciones a este respecto. En la primera etapa, del 15 de junio de 2007 al 15 de junio de 2009, los Estados Partes deben evaluar las posibilidades de sus actuales estructuras y recursos nacionales para cumplir los requisitos en materia de capacidad básica para las tareas de vigilancia y respuesta. Esta evaluación conducirá a la elaboración y aplicación de planes de acción nacionales. Como se indica en el RSI (2005),³⁷ la OMS prestará apoyo a la realización de esas evaluaciones no obstante, facilitará orientación para la elaboración y aplicación de los planes de fortalecimiento de la capacidad.

En la segunda etapa, del 15 de junio de 2009 al 15 de junio de 2012, se espera que cada Estado Parte ejecute los planes de acción nacionales a fin de que las capacidades básicas queden instaladas y en funcionamiento en todo el país y/o

³⁶ Ídem.

³⁷ Ídem.

sus territorios pertinentes. Los Estados Partes que experimenten dificultades para ejecutar sus planes podrán solicitar un nuevo periodo de dos años, hasta el 15 de junio de 2014, para cumplir sus obligaciones en virtud de la parte A del anexo 1. En caso de necesidad justificada se puede obtener una prórroga de dos años. En circunstancias excepcionales, y previa presentación de un nuevo plan de aplicación, el Director General de la OMS puede conceder a un Estado Parte otra prórroga, no mayor de dos años.

Por su parte, en lo que respecta a los puntos de entrada internacionales, ya sea por vía terrestre, marítima o aérea, considerados sitios propicios para la aplicación de medidas sanitarias encaminadas a prevenir la propagación internacional de enfermedades, el RSI (2005) ha actualizado muchas de las disposiciones del Reglamento de 1969. También ha incorporado varias disposiciones nuevas. Cuando se aplican medidas sanitarias relacionadas con el RSI a los viajeros internacionales, por ejemplo, éstos deben ser tratados con respeto y cortesía, teniéndose en cuenta las consideraciones de género, socioculturales, étnicas, religiosas de importancia para ellos. Debe suministrárseles alimentos adecuados, agua, instalaciones y tratamiento médico así como otros servicios pertinentes si están en cuarentena, aislados o sometidos a exámenes médicos u otros procedimientos con fines de salud pública en relación con el RSI (2005).

Los Estados Partes deben designar los aeropuertos internacionales, los puertos eventuales, pasos fronterizos terrestres en los que se instalarán capacidades concretas para aplicar las medidas sanitarias que requiere la gestión de diversos riesgos para la salud pública. Entre esas capacidades cabe mencionar lo siguiente: acceso a servicios médicos apropiados (con medios de diagnóstico), servicios para el transporte de los viajeros enfermos, personal capacitado para la inspección de embarcaciones, aeronaves y otros medios de transporte, mantenimiento de un entorno salubre, con planes y medios para la aplicación de medidas de emergencia como la cuarentena.

1.6 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene más de 100 años de experiencia, dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud y es el organismo especializado en salud, dentro del Sistema Interamericano. Encabezado por la Organización de los Estados Americanos (OEA), y afiliada a la Organización Mundial de la Salud, desde 1949, de manera que forma parte igualmente del sistema de las Naciones Unidas. Tiene su sede en Washington; está dedicada a vigilar y coordinar políticas que promuevan la salud y el bienestar en los países americanos. La Secretaría de la OPS es la Oficina Sanitaria Panamericana, que funciona a la vez como Oficina Regional de la OMS para las Américas.

Creada el 2 de diciembre de 1902 en la I Convención Sanitaria Internacional celebrada en Washington D.C., siguiendo la resolución de la II Conferencia Internacional Americana. La OPS es reconocida como organismo especializado de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 1950.

Las autoridades sanitarias de los Gobiernos Miembros de la OPS fijan las políticas técnicas y administrativas de la Organización por medio de sus Cuerpos Directivos. Los Gobiernos Miembros de la OPS son los 35 países de las Américas; Puerto Rico es un Miembro Asociado. Francia, el Reino de los Países Bajos y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte son Estados Participantes, España y Portugal son Estados Observadores.











En sus esfuerzos por mejorar la salud, la OPS orienta sus actividades hacia los grupos más vulnerables, incluidos las madres, los niños, los trabajadores, los pobres, los ancianos, los refugiados y personas desplazadas. Su interés se





























concentra en los temas relacionados con la equidad para quienes carecen de recursos para acceder a la atención de salud, en un enfoque panamericanista que fomenta el trabajo conjunto de los países sobre asuntos comunes.

La misión esencial de la Organización es cooperar técnicamente con los gobiernos miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable avance hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para todos y por todos. La OPS lleva a cabo esa misión en colaboración con los ministerios de salud, otros organismos gubernamentales e internacionales, organizaciones no gubernamentales, universidades, organismos de la seguridad social, grupos comunitarios y muchos otros.

La Organización proporciona colaboración técnica en una variedad de campos especializados de la salud pública, organiza los preparativos para situaciones de emergencia y coordina en caso de desastres. La OPS fortalece la capacidad del sector salud en los países para impulsar sus programas prioritarios mediante la acción intersectorial, promoviendo un enfoque integral de los problemas de salud.

Cuadro 5
Oficinas OPS/OMS en los países de América Latina y el Caribe.

| | |
|---|--|
|  Anguila |  Guadalupe |
|  Antigua y Barbuda |  Guatemala |
|  Argentina |  Guyana |
|  Aruba |  Haiti |
|  Bahamas |  Honduras |
|  Barbados |  Jamaica |
|  Belize |  Martinica |
|  Bermuda |  Mexico |
|  Bolivia |  Montserrat |

| | |
|---|--|
|  Brazil |  Netherlands Antilles |
|  Canada |  Nicaragua |
|  Cayman Islands |  Panama |
|  Chile |  Paraguay |
|  Colombia |  Peru |
|  Costa Rica |  Puerto Rico |
|  Cuba |  Saint Lucia |
|  Dominica |  Saint Vincent and the Grenadines |
|  Dominican Republic |  Suriname |
|  El Salvador |  Trinidad and Tobago |
|  Ecuador |  Turks and Caicos Islands |
|  Field Office, El Paso TX, USA |  Uruguay |
|  French Guiana |  Venezuela |
|  Grenada |  Virgin Islands (UK) |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, “Oficinas de la OPS”, http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=91&Itemid=220, Recuperado 30 de mayo de 2009.

FUNCIONES

Para lograr su misión: “*la Oficina ayuda a los países a ayudarse a sí mismos y entre sí para mejorar la salud, las condiciones relacionadas con esta y los sistemas de salud*”.³⁸ En colaboración con los estados miembros, la OPS desempeña las siguientes funciones:

- Moviliza recursos y fomenta las alianzas, en los planos nacional, regional e internacional, para aumentar la cooperación en la búsqueda de soluciones comunes.

³⁸ Organización Panamericana de la Salud, “Funciones de la OPS”, http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=91&Itemid=220, Recuperado 29 de mayo de 2009.

- Proporciona la visión estratégica para el desarrollo sanitario en las Américas.
- Adapta soluciones técnicas integrales e innovadoras para alcanzar los objetivos de salud nacionales y comunitarios.
- Genera y comparte información para: vigilar la situación, los riesgos y las disparidades en materia de salud de la población y el ambiente.
- Informar, promover la causa, educar acerca de los temas de salud regionales; producir conocimientos y encontrar soluciones innovadoras.
- Construye la capacidad nacional y regional.
- Formula normas, procedimientos para proteger la salud y conseguir la seguridad:

La función singular de la Oficina es una de sus principales fortalezas. Como organismo de cooperación técnica intergubernamental, la Oficina se beneficia de una fructífera y estrecha relación con los Estados Miembros. Si bien los ministerios de salud son los socios primarios, la Oficina está en libertad de establecer vínculos, asociaciones de trabajo y proyectos conjuntos con una gama amplia de sectores y organismos, a fin de colaborar en el logro de las metas sanitarias nacionales.³⁹

Algunas de las actividades que ha realizado la Organización Panamericana de la Salud son:

- Ha colaborado con los países en la lucha contra enfermedades que han reaparecido, tales como el cólera, el dengue y la tuberculosis,

³⁹ Ídem.

enfermedades modernas como la epidemia del sida que se ha estado propagando. Para ello presta cooperación técnica que incluye actividades educativas y de apoyo a la comunicación social, al tiempo que promueve el trabajo con organizaciones no gubernamentales; así mismo, respalda los programas de prevención de enfermedades transmisibles.

- Promover la estrategia de atención primaria de la salud como una manera de extender los servicios de salud a la comunidad y aumentar la eficiencia en el uso de los escasos recursos.
- La Organización también participa en la prevención de enfermedades crónicas como la diabetes y el cáncer, que afectan cada vez más a la población de los países en desarrollo de América.
- Los Cuerpos Directivos han dado a la OPS el mandato de participar muy activamente en la lucha por reducir el consumo de tabaco, haciendo hincapié en los aspectos sanitarios y en el elevado costo del tabaquismo para los países. También continúan destacando la importancia de abordar la promoción de la salud como una estrategia dirigida a las poblaciones, es decir, no como una abstracción.
- Reducir la mortalidad infantil es una alta prioridad para América. La OPS está movilizando nuevos recursos políticos, institucionales y financieros para prevenir unas 25.000 defunciones infantiles por año, mediante la aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
- Mejorar el abastecimiento de agua potable y el saneamiento e incrementar el acceso de los pobres a la atención de salud, con un enfoque de equidad, aún figuran entre las prioridades más altas de la OPS.

- La OPS junto con sus Gobiernos Miembros, ha puesto en marcha una iniciativa para asegurar que toda la sangre para transfusiones esté exenta de enfermedades y aumentar el número de donantes voluntarios de sangre.
- La Organización ha ayudado a los países a trabajar juntos en pro de metas comunes e iniciar empresas multinacionales en salud en América Central, el Caribe, el Cono Sur y la Región Andina.
- La OPS difunde información científica y técnica mediante su programa de publicaciones, su sitio en Internet,⁴⁰ una red de bibliotecas académicas, centros de documentación y bibliotecas locales de atención de salud.
- De igual forma, proporciona colaboración técnica en una variedad de campos especializados de la salud pública, organiza los preparativos para situaciones de emergencia y la coordinación del socorro en casos de desastres.
- La OPS colabora con los países en la movilización de los recursos necesarios para proporcionar servicios de inmunización, tratamiento para todas las enfermedades prevenibles por vacunación.
- La OPS fortalece la capacidad del sector de la salud en los países para impulsar sus programas prioritarios mediante la acción intersectorial, promoviendo un enfoque integral de los problemas de salud. También trabaja para mejorar la salud de las mujeres, fomentando una mayor integración de ellas en la sociedad y creando conciencia sobre su importancia como usuarias y como proveedoras de servicios de salud.
- La Organización facilita la promoción de la salud para ayudar a los países a tratar los problemas de salud característicos del desarrollo y la

⁴⁰Ídem.

urbanización, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes, el tabaquismo, la adicción a las drogas y el alcohol.

- Además, la Organización ejecuta proyectos para otros organismos de las Naciones Unidas, organizaciones internacionales, tales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, organismos oficiales de cooperación para el desarrollo de diversos gobiernos, y fundaciones filantrópicas.

1.7 Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos

La Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) es un mecanismo de colaboración técnica entre instituciones y redes ya existentes que aúnan sus recursos humanos y técnicos para identificar, confirmar y responder rápidamente a brotes epidémicos de importancia internacional. La Red brinda un marco operacional para reunir esos conocimientos especializados con el propósito de mantener a la comunidad internacional continuamente alerta ante la amenaza de brotes epidémicos y lista para responder.⁴¹

OBJETIVOS

La Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos contribuye a la seguridad sanitaria mundial de los siguientes modos:

1. Contribuyendo a la preparación para epidemias y el aumento de la capacidad a largo plazo.

⁴¹ La OMS, “Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos”, http://www.who.int/csr/outbreak_network/en/, Recuperado el 15 de junio de 2009.

2. Velando por que llegue rápidamente a los países afectados la asistencia técnica apropiada
3. Combatiendo la propagación internacional de brotes epidémicos.

En la reunión inicial de asociados celebrada en Ginebra en abril de 2000 participaron representantes de instituciones, organizaciones y redes técnicas que trabajan en la vigilancia y la respuesta para debatir sobre la alerta y respuesta mundial ante brotes epidémicos. Los participantes consideraron necesario contar con una red mundial, formada por alianzas nuevas y ya existentes, para hacer frente a las amenazas mundiales que suponen las enfermedades emergentes, epidemiógenas. El desarrollo de la red tiene lugar con la orientación de un Comité Directivo formado por asociados de la red.

La OMS coordina la respuesta internacional ante brotes epidémicos utilizando los recursos de la red. También presta servicios de secretaría a la red, por ejemplo, empleo del director de proyectos, apoyo al Comité Directivo y estructuras, como parte de sus Operaciones de Alerta y Respuesta dentro de CSR. Además, se han elaborado protocolos relativos a la estructura, las operaciones y las comunicaciones de la red para mejorar la coordinación entre los asociados.

ASOCIADOS

La Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos aúna los recursos técnicos y operacionales de instituciones científicas de los Estados Miembros, iniciativas médicas y de vigilancia, redes técnicas regionales, redes de laboratorios, organizaciones de las Naciones Unidas, por ejemplo: UNICEF, ACNUR, la Cruz Roja, Comité Internacional de la Cruz Roja, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y sociedades nacionales, y ONG humanitarias internacionales Médecins sans Frontières, Comité Internacional de Rescate, Merlin y Epicentre. Pueden participar

instituciones, redes y organizaciones técnicas con capacidad para contribuir a la labor internacional de alerta y respuesta ante brotes epidémicos.

A través de la red mundial de la OMS de alerta y respuesta entre brotes epidémicos se ha reunido gran cantidad de información sobre los riesgos para la salud pública, información procedente de redes oficiales de laboratorios de epidemiología así como de grupos de debate electrónico y de diversos medios. Desde 1997, fecha en que el mecanismo pasó a ser plenamente operativo en la OMS, se han investigado 745 informes en colaboración directa con los países interesados, y la red se está ampliando continuamente para reducir las lagunas de cobertura existentes, sobre todo en los países en desarrollo, donde se está reforzando la capacidad epidemiológica y de laboratorio. Además de información sobre los riesgos para la salud pública, ya sean de origen natural o provocado deliberadamente. Esta red podría proporcionar también información sobre las enfermedades no transmisibles y los riesgos ambientales, químicos o nucleares. La OMS investiga actualmente la viabilidad de esta nueva aplicación.

Se está trabajando asimismo en el desarrollo de un árbol de decisiones que, una vez ensayado sobre el terreno, podría ser de utilidad para la OMS y los países a la hora de determinar si un riesgo de salud pública reviste importancia como urgencia internacional, en caso afirmativo, ayudar a decidir qué medidas de salud pública deben aplicarse.

EXPANSIÓN DEL VIRUS A(H₁N₁) EN EL MUNDO

CAPÍTULO 2. EXPANSIÓN DEL VIRUS A (H1N1) EN EL MUNDO

*La búsqueda de una solución
a la reciente alerta sanitaria debe ser global,
pues este nuevo virus no sólo es un problema
de la Ciudad de México o del país,
es un problema mundial.⁴²*

JORGE CHABAT

La información disponible sobre el virus A(H1N1) es insuficiente y el conocimiento científico todavía está lejos de ser concluyente como para prever cual será su evolución.

El organismo de Naciones Unidas declaró pandémico el virus de influenza A(H1N1) luego de confirmar su propagación fuera de América del Norte. Después de elevar el nivel de alerta del 5 al 6, la OMS decretó por primera vez en 40 años una pandemia mundial por influenza. La fase pandémica no se refiere a la peligrosidad o severidad del virus, sino a la propagación geográfica.

En la actualidad los países están mucho mejor preparados que hace cinco años para enfrentar una pandemia, que por vez primera se detecta desde sus etapas más tempranas y puede seguirse en tiempo real.

⁴² Chabat, Jorge, "Pandemias amenaza global", El Universal, México, 27 de abril de 2009, p. A25.

2.1 INFORMACIÓN GENERAL DEL VIRUS A (H1N1)

La **Gripe A (H1N1) de 2009** es una pandemia causada por una variante del *Influenzavirus A* de origen porcino, subtipo **H1N1**. Este virus en un comienzo se llamó virus de la “gripe porcina” porque las pruebas de diagnóstico en laboratorios indicaron que muchos de los genes presentes en este nuevo virus eran muy similares a los virus de la influenza que afectan con regularidad a los cerdos de Norteamérica. Sin embargo, estudios adicionales han indicado que este nuevo virus es muy diferente a los que comúnmente circulan en los cerdos de Norteamérica. Tiene dos genes de virus de la influenza que circulan comúnmente en cerdos en Europa y Asia, así como genes de aves y seres humanos. Los científicos denominan a este tipo "virus reordenado" cuádruple.

Para distinguirlo de la influenza propiamente humana y de la propiamente aviar, que ya existían como tales, se decidió llamarla *gripe porcina*,⁴³ algunas otras denominaciones fueron: *gripe mexicana*,⁴⁴ calificado así por los medios de Israel, *gripe de norteamericana*, propuesto por la Organización Mundial de la Salud Animal dado su origen geográfico,⁴⁵ o bien, *nueva gripe*, nomenclaturas que han sido objeto de diversas controversias. No obstante, el 30 de abril de 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que, a la vista de la confusión y los excesos que la palabra había provocado resolvió denominarla **Gripe A (H1N1)**.⁴⁶

La designación H1N1 es nomenclatura estrictamente científica, y por tanto, neutra sin carga emocional. “A” designa la especie viral; las iniciales “H” y “N” se refieren a proteínas componentes de las partículas virales responsables de su potencial

⁴³ Osorno, Diego, “La dura vida de un cerdo mexicano”. *Milenio Semanal*, año XI, 2009, número 603, mayo 11, pp. 8-12

⁴⁴ González, Francisco, “La epidemia: una perspectiva histórica”. *Letras libres*, año XI, 2009, número 126, pp. 14-19

⁴⁵ World Organization for Animal Health, “A/H1N1 influenza like human illness in Mexico and the USA: OIE statement”, http://www.oie.int/Eng/press/en_090427.htm, (traducción propia) 29 de abril de 2009.

⁴⁶ Ídem.

infectivo: “H” denota la *hemaglutinina*, substancia que le permite al virus adherirse y penetrar en las células que infecta; el número 1 indica la variante química a que pertenece, entre las 19 que se conocen. La “N” está por *neuraminidasa*, enzima que determina la liberación del virus de una célula infectada, facilitando así el ataque a otras células y la consiguiente diseminación de la infección; se conocen nueve tipos de esta sustancia, y el número que sigue a la “N” señala de cuál se trata.⁴⁷

2.1.1 VARIEDAD DEL VIRUS

Cuando se produce un cambio antigénico en los virus influenza “A” son causantes de gripe con brotes más graves, extensos y dan epidemias globales o pandemias que han ocurrido en ciclos de diez-quince años desde la aparición de la pandemia de 1918 (gripe española).

A continuación, se describen las pandemias, epidemias o brotes conocidos de gripe por virus influenza “A” tras un cambio antigénico con aparición de subtipos antigénicos:

- 1918-18. Por el H1N1 que produjo una pandemia intensa. Denominada Gripe española y considerada la más mortífera, oscilando entre 50 y 100 millones las muertes estimables, según las fuentes. Se detectó por primera vez en Fort Riley, Kansas (Estados Unidos) en marzo de 1918.
- 1933-35. Por H1N1, epidemia ligera. En 1933 se aisló el virus de la española por primera vez, la Influenza “A”

⁴⁷ Ídem.

- 1946-47. Por H1N1, epidemia ligera en el mundo.⁴⁸
- 1957-58. Por H2N2, se produjo una pandemia intensa. Es denominada Gripe asiática, detectado inicialmente en Pekín.
- 1968-69. Por H3N2, se dio una pandemia moderada. Es denominada como Gripe de Hong Kong.
- 1976. Episodio de brote de gripe porcina H1N1 en Estados Unidos en una población aglomerada, en un campamento militar, que no se diseminó.
- 1977-78. Por H1N1, que produjo una pandemia ligera. Denominada Gripe rusa.
- 1997. Por H5N1, la Gripe aviaria aparecida en Hong Kong produjo casos esporádicos en humanos en ese año y otros en los años 2000 sin llegar a extenderse, que llevó en el 2006 a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) mantuviera un nivel de alerta tres en el riesgo de pandemia hasta el 2009.
- 2009. Iniciada en marzo, por cepa H1N1, la Gripe A (H1N1) está en expansión en la actualidad, siendo declarada en nivel de alerta seis. Siendo ya una pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

⁴⁸ Kuurt, Isselbacher, et. al., *"Principios de Medicina Interna"*, Madrid, ed. McGraw-Hill-Interamericana de España, 1994, pp. 84-113.

2.1.2 ORIGEN Y DESARROLLO

Hasta ahora, mucho se ha dicho sobre el origen del virus A (H1N1); sin embargo, a pesar de que se conoce su composición, los científicos no parecen poder encontrar cómo se originó este patógeno. Pese a ello, existen varias teorías con respecto a su génesis.

1.- Teoría del error humano

Quien hizo la acusación fue un científico australiano de 75 años de edad, llamado Adrian Gibbs. Colaborador de *Roche* en el desarrollo del medicamento *Tamiflu*, dijo en una entrevista que es autor de un reporte que sugiere que el virus pudo haber evolucionado a cepas a través de procesos que los científicos realizan para crear vacunas.

"Pudo haber sido un error que ocurrió en las instalaciones donde producen la vacuna o el virus pudo haber saltado a un cerdo u otro mamífero o ave antes de alcanzar a los humanos," ⁴⁹ dijo *Gibbs* en una entrevista televisiva. En la tesis enviada a la OMS, el científico explica las características genéticas del virus y cómo llegó a su teoría.

Sin embargo, a pesar de la seguridad de *Gibbs*, expertos en este tipo de gripes piensan lo contrario y adjudican que no hay evidencias para comprobar las afirmaciones del científico australiano. La dicha información llegó manos de la OMS, quienes investigan el asunto.

⁴⁹ Gómora, Doris; Martínez, Nurit, "OMS indaga si virus fue error humano", El Universal, México, 14 de mayo de 2009, p. A6.

2.- Teoría de la gripe porcina de origen euroasiático

De acuerdo a informes de Centros de Control de las Enfermedades de EEUU, con sede en Atlanta, seis de los ocho genes del nuevo A/H1N1 tienen su origen en otros virus porcinos recombinados, que a su vez incluyen material genético de cerdos, humanos y aves, debido a esa 'afición' del virus de la gripe al intercambio. Los dos genes restantes, por su parte, derivan de un virus de gripe porcina de origen euroasiático; "nunca antes visto fuera de esta región".⁵⁰

Asimismo, algunos medios señalaban la muerte de algunos cerdos en las ciudades chinas de *Fuqing* y *Changle*, en la provincia suroriental china de *Fujian*, como posible origen de la epidemia que se relaciona con la muerte de más de 150 personas en México.

3.- Teoría de la nueva influenza norteamericana

En California, limítrofe con México, había contagiados. En San Diego, el 30 de marzo un niño cayó en cama con una enfermedad respiratoria "atípica", pero se curó sin mayores problemas. Algo similar sucedió poco después con una niña en la localidad vecina de Imperial. En ambos casos, no se tuvo ningún contacto con cerdos ni antecedentes de haber viajado a México.⁵¹

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, en el sudoriental estado de Georgia, revisó muestras de ambos y confirmó la presencia del nuevo A(H1N1). No obstante, de acuerdo con el Washington Post el CDC no se percató del brote hasta seis días después de que México hubiera empezado a imponer medidas de alerta.⁵²

⁵⁰ Redacción, "Influenza China niega ser origen de la epidemia de gripe porcina", El Universal, México, 30 de abril de 2009, p. A11.

⁵¹ González, Roxana, "EU declara estado de emergencia sanitaria", El Financiero, México, 24 de abril de 2009, p. 34.

⁵² Davis, Mike, "La gripe porcina desnuda a la moderna industria agropecuaria", Milenio Semanal, año XI, 11 de mayo de 2009, número 603, pp. 15-18.

4.- Teoría de la granja

La FAO, investiga rumores de que el virus pudo haberse originado en una granja de producción de cerdos⁵³. El primer caso confirmado del nuevo virus se ubicó en la pequeña y pobre comunidad de La Gloria, en el sudoriental estado mexicano de Veracruz. Entre mediados de marzo e inicios de abril se registró allí, a unos 10 kilómetros de una granja de cerdos: Smithfield Foods, que cría anualmente alrededor de un millón de estos animales,⁵⁴ un raro brote de influenza que afectó a 600 personas.

Muestras médicas de los enfermos de La Gloria se enviaron a laboratorios en Estados Unidos y Canadá. En una de ellas, la de un niño de cinco años que presentó síntomas el 1 de abril y se curó con medicamentos no especializados,⁵⁵ información difundida por el Laboratorio Nacional de Microbiología de Canadá.

Ese mismo informe, del Laboratorio Nacional de Microbiología de Canadá, confirmó que una mujer fallecida de neumonía el 13 de abril en el estado de Oaxaca y que al parecer no había tenido ningún contacto con La Gloria, también había contraído el virus.⁵⁶

DESARROLLO

Apareció a finales de marzo, la epidemia de gripe porcina, considerada ya como pandemia mundial (verse en el anexo 4), ha contaminado hasta ahora a 60,033

⁵³ Martínez, Regina, "La negra historia de la granja Carroll.", Proceso, año 32, 2009, número 01696, pp. 24-27.

⁵⁴ Timoteo, Andrés, "Granjas Carroll provocó la epidemia de males respiratorios en Perote, según la gente municipal", La Jornada, México, 6 de abril de 2009. p.36

⁵⁵ Cruz, Ángeles, "El virus causante de la epidemia de influenza en el país es nuevo" La Jornada, México, 25 de abril, p. 3.

⁵⁶ Martínez, Nurit, "El virus mutó en mujer de Oaxaca". El Universal, México, 27 de abril de 2009, p. A9.

personas en 96 países (y territorios) diferentes y provocado 282 muertos, según el último balance de la OMS.⁵⁷

ABRIL DE 2009

A pesar, de no saber a ciencia cierta el origen del virus, no fue sino hasta el 23 de abril del año en curso, cuando la Secretaría de Salud en México, reconoce la existencia de una epidemia. El día 24 del mismo mes. La OMS anuncia que varios cientos de casos humanos de gripe porcina se han detectado en las últimas semanas en México y en Estados Unidos. Por lo que la OMS, instala un comité de emergencia.⁵⁸ La epidemia estaría originada por una mujer de 39 años, fallecida el 13 de abril en la región de Oaxaca (sudeste de México). Por lo que hay alerta de las autoridades sanitarias mundiales.

El día 25 la OMS advierte contra el "potencial pandémico" del nuevo virus de gripe de tipo A(H1N1) que se transmite entre humanos. En México, donde ya hay al menos cuatro focos, se endurecen las medidas contra el contagio, decretando el aislamiento de los enfermos y el cierre de numerosos espacios públicos.

Para el día 26, las medidas de vigilancia y de precaución se multiplican en el mundo, al tiempo que la OMS previene que el virus puede mutar en cualquier momento y volverse "mucho más peligroso".⁵⁹

Mientras que el 27 de abril, ya se presentaban los tres primeros casos confirmados en Europa. La OMS eleva el nivel de alerta de 3 a 4 en una escala de 6, subrayando un "aumento significativo" del riesgo de pandemia y advierte que ninguna región en el mundo está a salvo.

⁵⁷ Ídem.

⁵⁸ Páez, Alejandro, et al., "Influenza", Ed. Grijalbo, México, agosto de 2009, p.166.

⁵⁹ Mejía, Madrid Fabrizio, "Diario de la plaga", Proceso, año 32, 2009, número 01696, pp. 34-36.

El día 28 la epidemia progresa, dando los primeros casos en América Central y en Oriente Medio.

En el día 29, se confirma la primera muerte en Estados Unidos, la de un bebé mexicano en el sur de Texas, igualmente, se da la propagación del virus en Europa: tras España y Gran Bretaña, Alemania, Austria y Suiza están afectados.

La OMS eleva a 5 su nivel de alerta y llama a los países a prepararse a una pandemia "inminente". Así mismo, se presentan los primeros casos endógenos en Estados Unidos, España y Alemania.

Para el día 30 la OMS adopta la denominación de "gripe A(H1N1)", para designar la enfermedad.⁶⁰

MAYO DE 2009

El virus irrumpe en Asia, el día 2 de mayo, con casos en Corea del Sur y Hong Kong. Pekín toma medidas de cuarentena y de restricción del transporte aéreo. Del mismo modo se da el primer caso en Canadá de contagio de hombre a cerdo. Como respuesta el día 3, la OMS pide a Estados Unidos y a México vigilar a los cerdos.

En el día 4, la enfermedad entra en "fase de retroceso" en México, según las autoridades mexicanas. Mientras que la OMS advierte contra un resurgimiento posterior del virus en forma mucho más virulenta. En consecuencia Belice y Guatemala paralizaron el comercio con el estado de Quintana Roo.⁶¹

El 5 de mayo la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud consideran que no habrá vacunas para todo el planeta.⁶²

⁶⁰ Páez, Alejandro, et.al., op.cit,p168.

⁶¹ *Ibidem.* p. 170.

⁶² *Ídem.*

Canadá realiza la secuencia genética del virus H1N1, el día 6 y el día 9 del mismo mes, hay un muerto en Costa Rica, el primero en un país latinoamericano, después que México.

China pone a decenas de personas en cuarentena el 11 de mayo. El día 15, México notifica que sus laboratorios cumplen con los estándares para la coyuntura, pero no están certificados por la OMS; el día 16 en Japón se da el primer caso de transmisión local. Ya el día 22, la OMS advierte que la epidemia puede ser más peligrosa para los países en vías de desarrollo. A pesar de los esfuerzos por parte del gobierno Chino se confirmó el primer caso de contaminación local.

JUNIO DE 2009

El primero de junio avisa la Secretaria de Salud que la pandemia va en vías de desaparición y que aún aparecen casos aislados. En junio 2, se dio la confirmación del primer caso en el continente africano (Egipto). Chile se convierte en el quinto país con un caso mortal. De igual forma, el 5 del mismo mes se da el primer muerto en República Dominicana.

El balance del día 9 en México asciende a 108 muertos y primer deceso en Colombia, séptimo país con caso mortal.

La OMS afirma que está "muy, muy cerca" de pasar al nivel 6 de alerta. El virus A(H1N1) ha contaminado a 26.563 personas en 73 países y ha causado 140 muertos. Brúcelas aboga por una estrategia europea de vacunación.

Hay un fuerte aumento en el número de casos para el día 10 de este mes, especialmente en Chile, Canadá y Australia. Entre la comunidad esquimal de Canadá se detecta un incremento desproporcionado de los casos graves, provocando la inquietud entre el resto de comunidades amerindias.

Hasta el día 11 en Guatemala se registra un fallecimiento por el virus siendo el octavo país, tras México, Estados Unidos, Canadá, Costa Rica, Chile, República Dominicana y Colombia.

La OMS declara, que se ha alcanzado la Fase 6 de alerta por el virus Influenza A(H1N1), lo que significa que nos hallamos ante una pandemia. Hay pruebas incuestionables que se está dando una propagación comunitaria sostenida del nuevo virus en varios países de las distintas regiones de la OMS (ver anexo 5).

Gran Bretaña reporta primera muerte por gripe porcina y Canadá, registra la sexta muerte por virus de la gripe, para el 14 de este mes. A la par los estados mexicanos de Tabasco, Veracruz, Yucatán y Guerrero registraron nuevos casos de influenza A(H1N1), cuando el virus parecía controlado.

Segunda muerte por gripe “A” en Colombia y se analizan tres fallecimientos más el día 21 y el 22 el ministerio argentino de Salud reveló la existencia de otras 38 muestras positivas al virus A(H1N1), con lo cual la cifra de contagiados en el país ascendió a 1 118 personas.

Siguen en aumento los casos de gripe A(H1N1) en Centroamérica y en el mundo. Se anuncia que el virus llegó para quedarse y que en época de frío habrá un incremento en el número de casos.⁶³

⁶³ Vargas, Rafael, “Llegó para quedarse”, *Proceso*, año 32, 2009, número 01696, pp. 60-62.

2.1.3 FASES DE ALERTA DE PANDEMIA

Cuadro 6

| Fases de alerta de pandemia según la OMS (2009) | |
|---|--|
| Fase | Descripción |
| Fase 1 | No hay entre los animales virus circulantes que hayan causado infecciones humanas. |
| Fase 2 | Circulación entre los animales domésticos o salvajes de un virus gripal animal que ha causado infecciones humanas, por lo que se considera una posible amenaza de pandemia. |
| Fase 3 | Existencia de un virus gripal animal o un virus reagrupado humano-animal que ha causado casos esporádicos o pequeños conglomerados de casos humanos, pero no ha ocasionado una transmisión de persona a persona suficiente para mantener brotes a nivel comunitario. |
| Fase 4 | Transmisión comprobada de persona a persona de un virus animal o un virus reagrupado humano-animal capaz de causar "brotes a nivel comunitario". |
| Fase 5 | Propagación del virus de persona a persona al menos en dos países de una región de la OMS. |
| Fase 6 | Además de los criterios que definen la fase 5 , hay acompañamiento de la aparición de brotes comunitarios en al menos un tercer país de una región distinta. |
| Periodo posterior al de máxima actividad | La intensidad de la pandemia en la mayoría de los países con una vigilancia adecuada habrá disminuido por debajo de la observada en el momento álgido. |
| Periodo pospandémico | Los casos de gripe habrán vuelto a ser comparables a los habituales de la gripe estacional. Es importante mantener la vigilancia y actualizar en consecuencia la preparación para una pandemia y los planes de respuesta. |

Fuente: OMS, "Fase actual de alerta de pandemia según la OMS", http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/phase/es/, Recuperado el 20 de junio de 2009.

2.2 RESPUESTA AL INTERIOR DE MÉXICO POR EL VIRUS A(H1N1)

La respuesta mexicana ante esta nueva amenaza pública tomó muchos matices y formas, debido en gran medida a la poca prevención de las autoridades, y de la sociedad en general, es decir, no se tenía ni la más mínima idea de cómo contener el problema, no se tenían los recursos, ni las medidas adecuadas para enfrentar de manera contundente la crisis: por una parte, la desinformación que fue la causante de la pérdida de vidas humanas; por otra, la precaria capacitación e infraestructura con la que cuenta el gobierno mexicano para lidiar con menesteres de estas magnitudes.

Este virus provocó desconfianza e incertidumbre tanto en la sociedad mexicana como en la internacional, trajo consigo una serie de posturas que afectaron de manera significativa el curso que llevaba la nación, ya que se agudizó aún más el problema económico que las autoridades mexicanas negaban desde meses atrás, por lo que recurrieron a la deuda como pretexto para salir de la contingencia sanitaria, beneficiándose sólo unos pocos miembros de la sociedad mexicana. Esto es un contraste significativo puesto que, por un lado, existen altos ejecutivos echando mano de sumas multimillonarias de dinero, mientras por el otro, había gente muriendo en hospitales por una mala, tardía e inadecuada atención médica.

Solo unas pocas horas bastaron para que la población del Distrito Federal y área metropolitana cayera en estado de psicosis, en un clima tenso de angustia y miedo; escenario perfecto para que días después, en un hecho histórico en el país, los diputados se pusieran de acuerdo y trabajaron de manera conjunta para acordar y aprobar sin discusión alguna una serie de reformas a nuestra Carta Magna. Reformas que son una posible amenaza a nuestra privacidad, ya que su

contenido deja mucho que desear poniendo en riesgo nuestro derecho a la vida privada, entre otras cosas.⁶⁴

El sector económico se vio seriamente afectado, debido a la precaución de la población para evitar salir de sus hogares, también a las recomendaciones que hacían otras naciones a sus ciudadanos que no visitasen México, siendo el sector turístico uno de los sectores más golpeados por esta crisis; en pocas palabras, durante más de una semana toda la nación estaba paralizada y al borde de un colapso económico, ya que el turismo es una de las tres principales fuentes de ingresos y empleos con las que cuenta el país.

En una moda pasajera en la ciudad se usó el llamado cubre bocas, colores como el azul y blanco cubrían los rostros de los habitantes del Valle de México, pues el Sector Salud dijo que era una medida de prevención contra el contagio de la influenza porcina; tiempo después se sabría que estos llamados cubre bocas tenían una vida efectiva de dos horas lo que hacía prácticamente inservibles a estas prendas, dejando en duda el papel que jugaba la Secretaría de Salud al recomendar el uso de este pequeño foco de infecciones, ya que por lo regular el uso de esta medida era prolongado y pocas veces restituido.

2.2.1 MEDIDAS DE CONTENCIÓN POR EL GOBIERNO MEXICANO

Una de las medidas más importantes que adoptó el gobierno mexicano ante esta contingencia fue suprimir la vida pública de los habitantes del área metropolitana que tuvo dos funciones: una despejar las calles de protestas ante las aprobaciones de las reformas constitucionales; y dos, ser el pretexto perfecto para echar mano del préstamo adquirido.

⁶⁴ Egremy. Nydia, "El congreso paralizado ante la influenza", Contra línea, año VIII, mayo 2009, número 132, pp. 16-17.

Para el 21 de abril, se presentaron dos casos aislados, de la ya ahora famosa gripe porcina, fueron atendidos y diagnosticados erróneamente con neumonía; después, con el paso del tiempo mutó hasta convertirse en la llamada influenza humana y catalogada por la OMS como A(H1N1). Para el 23 de abril el caso de infectados era cada vez mayor: la infección era ya transmitida de humano a humano y no de animal a humano lo que ocasionó que subiera el nivel de alerta sanitaria en México, adoptando medidas de prevención en todo el mundo debido a la alta probabilidad de contagio y movilidad de esta enfermedad.

El mensaje de una nueva amenaza a la aparente estabilidad del país cambiaría al ser divulgado, tarea por la cual se empleó a los soldados del ejército mexicano, para repartir cubre bocas como primera medida de contención; así los principales arribos de las líneas del transporte público eran vigilados por las fuerzas federales, con resultados meramente efímeros y poco satisfactorios, cuestión manifestada en los diagnósticos de influenza A(H1N1) confirmados unas pocas horas después de las primeras medidas adoptadas.

Para el 23 de abril, el gobierno federal en un comunicado a la nación ponía en conocimiento esta nueva amenaza hacia la población, así como las recomendaciones iniciales, que consistían en el uso del cubre bocas, la limpieza y ventilación correcta de los espacios a ocupar, evitar en la medida de lo posible la aglomeración de grupos de personas en lugares públicos y poco ventilados; se exhortaba a la población a dejar de lado la vida pública en la medida de lo posible; también se evaluó de forma seria la suspensión de clases en todas las instituciones educativas del país, tanto públicas como privadas, esto como recomendación y fruto de las pláticas del Secretario de Salud, José Ángel Córdoba Villalobos, con el representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Philippe Lamy*, sería el inicio de “vacaciones forzadas” en el sector educativo a nivel nacional, lo cual alteró de manera considerable el ritmo de estas instituciones.

La vida pública del país se paraliza de modo que no solo las escuelas, se unieron a este llamado esfuerzo por contener el brote de una pandemia, los teatros, bares, cines, restaurantes, museos, bibliotecas así como cualquier sitio de interés general y de recurrencia abundante, no prioritaria para el funcionamiento del sistema nacional, se vieron afectados con el paro total de actividades.

El gobierno federal sugirió que las escuelas y lugares públicos de las ciudades más afectadas persistieran cerrados hasta el 6 de mayo; entre las ciudades se encontraban el D.F., el Estado de México y San Luis Potosí, permaneciendo en cuarentena. Consecuentemente la cuarentena se extendió por toda la República Mexicana.

El cerco sanitario se hizo extenso no sólo a la Ciudad de México y las ciudades afectadas, desde aeropuertos, estaciones de autobuses, atracaderos, carreteras en fin, todas aquellas vías de tránsito, se matizaron de una vigilancia por elementos de instituciones de salud y fuerzas federales, con el fin de realizar pruebas a las personas que arribaban o dejaban estas ciudades, todo con el mismo fin, minimizar el riesgo de contagio de la población mexicana.

No obstante, el cerco sanitario no tuvo el efecto deseado: mexicanos que en los primeros días de contingencia salieron del país fueron inspeccionados de manera minuciosa por las autoridades de los países receptores que sin embargo en algunos casos fueron de manera discriminatoria y excluyente.⁶⁵ Ya la epidemia alcanzaba niveles globales, la reacción internacional fue muy variada y extrema en algunos casos. Se propagaba la enfermedad a causa de los viajeros mexicanos, esa era una de las explicaciones que algunos gobiernos daban para poner en cuarentena a los connacionales.⁶⁶

⁶⁵ Armendáriz, Alberto, "Acusa México en ONU "actitudes xenofóbicas", Reforma, México, 6 de mayo de 2009, p.7."

⁶⁶ DPA, "Condena la ONU que países restrinjan viajes por la epidemia de influenza", La Jornada, México 5 de mayo de 2009, p.13.

El Banco Mundial aprobó de inmediato a México la cantidad de 205 mdd y 180 mdd a largo plazo⁶⁷ para contener el brote y los brotes que se pudieran presentar en el futuro para pagar la asistencia y asesoramiento de otras naciones que han hecho frente a problemas similares.

En coordinación con las entidades federativas se determinó dotar a las unidades de salud con antivirales, antibióticos y material suficiente, para disminuir el riesgo de contagio; comunicar a la población las medidas que líneas arriba se expresaron, algunas adicionales a las anteriores como son: mantenerse alejados de aquellas personas que presenten insuficiencia respiratoria, lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, no saludar de beso ni de mano; también se sugirió que aquellas personas que presentaran algunos de los síntomas de esta enfermedad acudieran inmediatamente al médico, lo cual evidenció la falta de capacidad para atender a la población del área metropolitana por parte de las instituciones de salud ya que se vieron rebasados en número y en calidad.

De 400 mil que eran el número de vacunas con las que contaban antes del brote de la influenza, se subió la reserva a 600 mil, la tercera parte de ellas, comenzaron a administrarse entre el personal de las dependencias de salud y altos funcionarios del gobierno, así como a trabajadores dependientes del Estado, lo cual resultó una medida poco fiable, de modo que horas después se divulgaba que la vacuna de poco serviría para la nueva variedad de este virus; se advertía que aunque la persona estuviera vacunada contra la influenza estacionaria esta no sería efectiva contra la del nuevo tipo A(H1N1), que es más aguda y contagiosa.

Los hospitales restringieron las visitas a todos los pacientes, a la vez que se les administraba cubre bocas y se les aislaba, un tanto discriminativas y exageradas las medidas tomadas por parte del gobierno federal: las cuales, forman parte de la

⁶⁷ Hernández, Jaime, "Banco Mundial presta 205 mdd a México por emergencia" El Universal México, 27 de abril de 2009, p. A12.

estrategia diseñada en 2003, cuando en el mundo se presentaron los primeros casos del Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS).

El SARS sacudió fuertemente los países asiáticos, en especial a la República Popular de China, una de las naciones que manifestaron su apoyo hacia la población mexicana ayudando de manera directa con fondos para la compra de materiales necesarios en el tratamiento y contención de esta nueva amenaza; cabe destacar que esta nación asiática fue altamente cuestionada en los años del SARS ya que se le acusaba de haber mantenido en silencio la presencia de esta enfermedad, que según las autoridades internacionales fue contrastante en el caso de México, puesto que se divulgó de manera oportuna la existencia del nuevo virus, ayudando a naciones vecinas a tomar las acciones pertinentes ante el problema.

Estas declaraciones trajeron consigo una serie de controversias, por tanto algunos países como Cuba acusaban a México de haber escondido el problema durante meses, lo mismo que hizo China;⁶⁸ según expertos cubanos en la materia destacaban que el gobierno de Felipe Calderón ya había detectado este problema desde octubre de 2008 y no hizo gran cosa para manejarlo ni prevenir a la población; esto vino a ser contraproducente pues estalló en un momento de sensibilidad nacional, debido a la crisis y el paulatino crecimiento en la tasa del desempleo dejando a la población en un caso sostenido de psicosis pública.⁶⁹

Los lugares clasificados como de alto contagio eran aquellos indispensables para la vida económica y laboral de la ciudad. Los medios de transporte fueron desinfectados con polvos que se utilizan solo en tiempos de guerras, y un batallón de trabajadores se postraban en los paraderos y estaciones principales para repartir gel antibacterial, que según disminuía el contagio.

⁶⁸ Martínez, Yolanda, "Acusa Fidel a México de ocultar información", *Reforma*, México, 12 de mayo de 2009, p. 13.

⁶⁹ Poy, Laura, "Ocasiónará la emergencia una pérdida de confianza mutua", *La Jornada*, México, 2 de mayo de 2009, p. 14.

Otra medida importante fue suspender hasta nuevo aviso las ceremonias religiosas, lo cual fue un duro golpe hacia la economía de las iglesias mexicanas siendo estas ceremonias sus principales fuentes de ingresos; la respuesta de los clérigos fue la reprogramación de las liturgias y eventos religiosos; también por primera vez en mucho tiempo las misas se hicieron a puertas cerradas y en algunas iglesias hasta estaban custodiadas por fuerzas federales para evitar la aglomeración.

El 25 de abril, se declararon ineficientes las medidas tomadas por el gobierno mexicano ya que el peso de la contingencia se dejó sentir de manera importante en toda América y es por esto que los gobiernos de México, Estados Unidos y Canadá decidieron activar el Plan de Contingencia para América del Norte con el que se formó un cerco en torno al padecimiento.

La OMS resolvió subir el nivel de alerta hasta poner en cuarentena a toda la ciudad de México e invitando a la comunidad internacional a no visitar México en la medida de lo posible; en los principales sitios de entrada y salida de pasajeros se instalaron centros de monitoreo de punta, los cuales constaban de vigilancia las 24 horas del día y de algunas restricciones; esta vigilancia se daba con cámaras de visión térmica y se controlaba monitoreando la temperatura de los pasajeros que por ahí circulaban.

Así mismo, tras el avance de la enfermedad se recomendó tener precaución en la compra de productos mexicanos, así como las relaciones que se tenían con pasajeros y turistas mexicanos. La cancelación de vuelos a nivel nacional fue otra medida que incomodó a usuarios.

Equivalentemente, importantes fueron las restricciones de algunas de las prendas utilizadas en la vestimenta diaria de los habitantes mexicanos: es reducir o prohibir el uso de la corbata por tratarse de una prenda que acumula los gérmenes.

Se puso especial atención en las granjas porcinas, aparentemente, las causantes de dejar salir este nuevo virus, así que por recomendación de la FAO y la OMS se redoblaron las acciones de vigilancia en este sector.

El 4 de mayo se analizó un cerco especial en las ciudades infectadas, donde la Secretaría de Salud dio a conocer los lineamientos para controlar y prevenir futuros contagios y seguir con la vida normal en el país; estos fueron los siguientes: en los centros de trabajo deben considerarse espacios de 10 metros cuadrados para un máximo de 4 personas, es decir, que la distancia entre los individuos es de 2.25 metros de distancia uno del otro; así mismo, se debe instalar filtros de entrada y salida, monitoreando la salud del personal que contarán con termómetros infrarrojos o tiras plásticas para medir la temperatura corporal.

Dentro de los restaurantes al igual que en los centros de trabajo debía existir una densidad de 4 personas por cada 10 metros cuadrados; es decir, que la colocación de las mesas debía quedar de 2.25 metros de distancia entre el respaldo de cada silla.

En los cines, teatros y auditorios se recomendó la proximidad de dos butacas como mínimo entre usuario y usuario, así como dos filas en frente y atrás de los usuarios; de manera previa a cada función se realizaba la limpieza de la sala; al entrar las personas debían lavar sus manos con jabón, gel o alcohol antibacterial.

En el transporte público debía realizarse la limpieza de la unidad antes de iniciar el recorrido; esta actividad debía efectuarse por lo menos dos veces al día, por un tiempo no mayor de doce horas entre un recorrido y otro de la ruta; en el caso de los autos particulares una vez al día: si los asientos de la unidad son de tela debía realizarse un solo viaje: si se realizaban más viajes, correspondería utilizar un cubre asientos de tela o bien, cambiarse y lavarse diariamente.

Durante las campañas políticas que iniciaban junto con la contingencia, la densidad debería ser de 4 personas por cada 10 metros; si existía la posibilidad debía ser de 2 cada 10 metros; estas fueron algunas de las disposiciones más significativas e importantes que el Gobierno Federal tomó como medida ante la contingencia sanitaria, dejando mucho que desear la actuación del mismo, puesto que se pudieron atender y salvar más vidas con una responsable y oportuna atención médica, que se vio limitada por la falta de infraestructura y capacitación de los elementos con los que cuenta la institución sanitaria mexicana.

2.2.2 REACCIÓN DE LA POBLACIÓN MEXICANA ANTE EL NUEVO VIRUS

La primera reacción que tuvo la población fue la psicosis prematura, por la falta de información e información contradictoria que circulaba en los diarios de la nación: no se ponían de acuerdo con el número de cifras ni las medidas pertinentes efectuadas por el ejecutivo, es decir, existía un gran descontrol y desinformación aún entre los funcionarios de las instituciones competentes.

La influenza no sólo cambio los hábitos económicos de la sociedad mexicana, sino también los hábitos de higiene y de afecto; en una encuesta realizada, las cosas positivas que ocurrieron durante esta contingencia fue la capacidad y creatividad de los mexicanos a expresar el afecto de manera indirecta, es decir, sin necesidad del contacto físico; por otro lado, no fue positiva para el estado de ánimo de la mayoría de los habitantes de la ciudad; así mismo, sintieron el encarcelamiento y la poca disponibilidad de pasar mucho más tiempo de lo acostumbrado con su familia, esto sin duda en contrastante y un tanto irónico pues habla un poco de la psicología que tiene la población: por un lado, demuestra la capacidad de la creatividad al demostrar afecto hacia terceros que poco tienen que ver con su familia, y por el otro, la intolerancia de convivir con los suyos.

Frases como “me siento encarcelado”, “no se que hacer”, “no tolero a los niños”, fueron unas de las más concurridas, que los entrevistados echaron mano para hacer referencia a los estados de ánimo que presentaron durante la contingencia sanitaria, esto según la encuesta realizada por las cadena *De la Riva Group* (DIR); según su presidenta Gabriela de la Riva, en un trabajo realizado para la cadena CNN.⁷⁰

-“Estoy sacado de onda”

-“¿Y ahora qué?”

-“La crisis llevo para quedarse”

-“Están exagerando”

-“Mi familia está en peligro”

-“Se va a poner peor la situación económica”

-“Nos volvimos más limpios”

-“Nos volvimos más paranoicos”

-“No sabemos cómo estar en casa con la familia”

-“Te sabes el último chiste del virus”

Esto refleja una actitud un tanto despreocupada por una parte de la población, un tanto incrédula debido a la poca confianza que se tiene hacia las autoridades; sin

⁷⁰ Moreno, Tania M., “*La influenza en México*”, De la Riva Group (DIR), www.CNNExpansión.com, Recuperado el 26 mayo de 2009.

embargo, las reacciones adquirieron muchos matices; otra característica, fue adquirida durante esos días de contingencia: los jóvenes utilizaron el cubre bocas como un medio de expresión y no de restricción.

Otra reacción natural fue sin duda el miedo, para evitar escenarios extremos ante este estado mental, el afectado debe tener en consideración el regreso a la vida cotidiana en mente, de no hacerlo se podrían presentar dos factores: uno el olvido total o dos que la gente retorne a su vida normal sin prevención alguna, es decir, que no se habría aprendido nada de esta tan dura experiencia. Es por eso que los especialistas recomendaron al Gobierno Federal mantener debidamente informada a la población del avance de la influenza. Por otro lado, un problema podría presentarse en un futuro no lejano teniendo dos variantes: caer en una situación paranoica, o el desinterés total de las medidas con las que tendremos que aprender a vivir.

Las medidas de contención de la epidemia como el aislamiento social y eliminar saludos de mano y beso, establecieron cuestiones que afectan la relación de las personas, que incluso pueden llevar al extremismo.

El experto Eduardo Contreras Merino, director de Investigación y Desarrollo de la Asociación Psicología y Educación Integral (PEIAC), presentó un análisis de cómo fueron afectados los mexicanos ante la presencia del nuevo virus de influenza humana A(H1N1), en el que resaltó que gracias a la broma y buen humor se evitó caer en miedo extremo, lo que ha sucedido en otros países como China.

“Lo primero que sucede con situaciones de emergencia como fue el caso de la alerta nacional por la epidemia de influenza A(H1N1) es un desequilibrio psicológico en la mayoría de las personas, porque de entrada hay miedo a no saber qué va a pasar”.⁷¹ Estas opiniones y medidas son adecuadas pues el

⁷¹ NOTIMEX, “Urgen campañas para volver a lo cotidiano Rumbo Nuevo”, El Diario de la Vida Tabasqueña, http://www.rumbonuevo.com.mx/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=18407, Recuperado el 20 de mayo de 2009.

miedo, puede generar agresividad, discriminación, como sucedió con otros países, hubo sitios donde se criticó a los habitantes de la Ciudad de México por viajar, sobre todo, a centros de playa y esparcimiento turístico, afortunadamente no se suscitaron problemas que se salieran de control.

Se pudo controlar la ansiedad, el miedo, la incertidumbre gracias a que según fuentes oficiales dieron la información oportuna y necesaria, lo cual desató una gran polémica a nivel nacional porque las autoridades competentes se contradecían en los comunicados en las cifras y las características de la nueva epidemia; es decir, en los primeros días se comunicaba que se contaban con las vacunas y medicamentos necesarios, días después se retractaba diciendo que la vacuna no servía de nada y que en aproximadamente 6 meses se podría contar con una vacuna efectiva.

En general hubo inquietud, todo el mundo se esforzó en dar muchos datos, en denunciar ciertas actitudes pero algunos consideran que se está sobre reaccionando mientras otros se limitan a reflexionar sobre las reacciones de la población, esto según el seguimiento en radio.⁷²

Siendo *Internet* un termómetro de la vida social debido a su gran auge los comentarios fueron muy variados por lo que en este análisis se retomó uno de los más completos de la *web*. Lydia Cacho describe en su blog lo que sucede en el país:

Parece la escena de una película de suspenso. En los aeropuertos del país se escuchan en los altavoces las indicaciones para evitar un mayor contagio del virus de Influenza mexicana A(H1N1), en las calles la gente enmascarada camina con miedo de saludarse y mira con recelo a quien tose o estornuda.” Pero recomienda: “Una epidemia es una enfermedad infecciosa controlada en un población, una pandemia en cambio, implica el

⁷² “*Formula de la tarde*”, Grupo Fórmula, Productor Feregrino, 27 de mayo de 2009, Conductor Gómez, Leyva Manuel Ciro, México DF, hora 16:30

posible contagio de un país entero o un continente. Lo mejor que podemos hacer es mantener la calma, cuidar nuestra salud y ayudar a quien necesite servicios médicos.⁷³

Otro factor importante fue la fragmentación de la sociedad civil, la postura de buena parte de la sociedad que afirmó que la enfermedad no existía; el principal vehículo para propagar esto fueron las cadenas de correos electrónicos; sobra decir que la postura fue errónea e inclusive abonó a la actitud apática de la sociedad para velar por su salud.

Así mismo, las actividades favoritas de la población fueron limitadas y la afición futbolística parecía indignada; sin embargo, por disposición oficial no se realizarían los partidos de forma habitual y solo lograban ver el partido por televisión aunque hubo quienes no les importaba la contingencia con tal de ir a ver a su equipo favorito.⁷⁴

Como hemos visto la reacción de la población ha sido muy variada: desde miedo, angustia, frustración, agresividad y poca tolerancia, fueron los matices que impregnaron durante una semana el sentir de una gran urbe; sin duda, esto debe ser motivo de estudio ya que al ser un fenómeno social pueden arrojarse datos interesantes y con ellos cabe el análisis acerca de esta situación.

2.2.3 RESPUESTA DE LA SECRETARÍA DE SALUD

La respuesta más importante de la Secretaría de Salud fue y es mantener informada a la población así como tomar las medidas pertinentes que se detallaran día con día a partir de la emisión de alerta que son las siguientes:

⁷³Radiocable.com, “La blogosfera mexicana inquieta ante el brote de gripe porcina”, <http://www.radiocable.com/blogosfera-mexicana-gripe765.html>, Recuperado el lunes 27 de abril de 2009.

⁷⁴Guerrero, Abraham, “Domingo a puerta cerrada”, *El Universal*, México, 25 de abril de 2009, p. D2.

Comunicado de prensa Núm. 134 (26 de abril de 2009)

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de la Secretaría de Salud, ante la emergencia por la influenza porcina, señala que aumentó el monitoreo de la publicidad de los medicamentos, gastos para la salud, productos higiénicos y establecimientos de salud, con el fin de evitar que se engañe a la población con aseveraciones que no coincidan con las indicaciones que ha establecido la autoridad sanitaria federal.

La COFEPRIS incita a los consultorios médicos, farmacéuticos, laboratorios, distribuidores y anunciantes de productos de salud a no publicitar en los medios de comunicación ni a vender en sus negocios medicamentos que supuestamente curan la influenza porcina y solamente confunden a la población. Cualquier anuncio publicitario que no esté autorizado por la COFEPRIS o trate de usar la emergencia sanitaria con fines de lucro será retirado inmediatamente del mercado y se aplicarán las sanciones que correspondan a la empresa responsable del mismo.

Comunicado de prensa Núm. 135 (29 de abril de 2009)

Los resultados de las pruebas recibidas por parte del laboratorio a primera hora de la mañana, se han detectado 23 casos positivos de influenza porcina o *swein flu*. Con ello y de acuerdo con los datos obtenidos hasta este momento, el total de personas contagiadas suman 49 y de éstos, el número de fallecidos se mantiene en 7.

Conforme el laboratorio analice las muestras de los presuntos casos contagiados de influenza porcina, la Secretaría de Salud seguirá informando.

Comunicado de prensa Núm. 136 (30 de abril de 2009)

Ante las inquietudes que han manifestado oficinas públicas y empresas sobre el tema, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFERPIS), de la Secretaría de Salud, informa que la transmisión del nuevo virus de la influenza humana por los sistemas de aire acondicionado es prácticamente nula.

Si bien el aire puede ser un vehículo de transmisión de microorganismos, en el caso particular del virus de la influenza, éste se transmite prioritariamente por partículas de saliva, que contienen el virus y que se esparcen en el ambiente al estornudar, toser o hablar.

Las partículas se quedan en los objetos que han estado en contacto con las secreciones, de allí la recomendación del lavado frecuente de manos, limpieza de superficies y utilización de cubre-bocas. En cuanto a los sistemas de aire acondicionado, si bien el virus de la influenza no puede diseminarse a través de los ductos, algunas esporas de bacterias y hongos pueden estar presentes en éstos y dispersarse, por lo que es indispensable verificar el buen funcionamiento de esos sistemas.

Es importante destacar que todo sistema de aire acondicionado tiene especificaciones de limpieza y mantenimiento, por ejemplo: lavado del equipo, cambio de filtros, etc., lo cual debe verificarse a través de los registros específicos que permitan el control y evaluación de su buen funcionamiento. Paralelamente a la verificación de los equipos de aire, la COFEPRIS recomienda que en las áreas de trabajo se lleven a cabo acciones de limpieza y saneamiento, a fin de evitar la presencia de virus, bacterias y hongos, con algunos de los productos, como sales cuaternarias de amonio, cloro, ozono, entre otros.

Comunicado de prensa Núm. 137 (01 de mayo de 2009)

COFEPRIS y PROFECO vigilan el cumplimiento del acuerdo tomado por la Secretaría de Salud.

Como medida de prevención y control del brote de influenza humana, a partir de este viernes primero de mayo, la venta de los medicamentos que contienen las sustancias activas denominadas *Oseltamivir (Tamiflu)* y *Zanamivir (Relenza)* se realizará únicamente mediante la exhibición de la receta médica correspondiente, determinó la Secretaría de Salud.

En un acuerdo firmado por el Secretario de Salud, José Ángel Córdoba Villalobos, y publicado el 30 de junio en el Diario Oficial de la Federación, se determinó que mientras se mantuviera la emergencia sanitaria, las farmacias estaban obligadas a retener la recetas y llevar el registro correspondiente en los libros de control autorizados por la Secretaría de Salud para la venta de medicamentos controlados. Desde el 1º de mayo, verificadores de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) e inspectores de la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), en el ámbito de sus respectivas competencias, recorrían las farmacias para constatar el cumplimiento de estas disposiciones y evitar abusos a los consumidores.

Para acordar las acciones específicas a seguir, el titular de la COFEPRIS, Miguel Ángel Toscano Velasco, y el titular de la PROFECO, Antonio Morales de la Peña, se reunieron el jueves 30 de junio y pactaron monitorear y verificar la venta de *Tamiflu* y *Relenza* no sólo en farmacias sino también en la red de Internet. El Comisionado Federal de COFEPRIS explicó que alrededor de 10% de las 23 mil farmacias que operan en el país cuentan con licencia sanitaria para vender medicamentos controlados. Por su parte, el Procurador Federal del Consumidor, Antonio Morales de la Peña, dejó en claro que la participación de PROFECO es monitorear que los establecimientos comerciales cumplan con dichas

disposiciones, mediante los recorridos de verificación que realizan inspectores de la institución en su trabajo de detectar abusos en precios.

Comunicado de prensa Núm. 138 (02 de mayo de 2009)

Como medida de prevención, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), de la Secretaría de Salud, informó que el virus de la influenza humana se transmite prioritariamente por partículas de saliva; sin embargo, las partículas se quedan en los objetos que han estado en contacto con las secreciones, por lo que se recomienda a la población lavar y desinfectar oficinas públicas y privadas, así como escritorios, computadoras, mesas de trabajo, entre otros. Algunos de los productos más efectivos para limpiar superficies y áreas son los siguientes:

A. Hipoclorito de Sodio (blanqueador de casa) (5.25% hipoclorito de sodio)

Forma de uso:

- 1) Limpie bien las superficies antes de usar el desinfectante.
- 2) Mezcle 8 mililitros de blanqueador /1 litro de agua (altas concentraciones deben usarse si existen altos niveles de material orgánico) y deje en contacto con la superficie por 5 minutos, luego enjuague con agua.
- 3) La mezcla baja su acción rápidamente, remplace este desinfectante diariamente.
- 4) Mezcle en áreas bien ventiladas y utilice guantes.

Ventajas: Bactericida, virucida.

Desventajas: Use guantes cuando aplica, irrita la piel, ojos, nariz y garganta cuando el concentrado es inhalado; la ingestión puede causar daño esofágico, irritación del estómago, náusea prolongada y vómito. El blanqueador de casa forma gases tóxicos cuando se mezcla con amonio o vinagre. No mezcle con otros líquidos de limpieza.

B. Peroximonosulfato de Potasio

Forma de uso:

Use una solución al 1% (10 mililitros/1 litro de agua) .

Ventajas: Bactericida, virucida, fungicida. Solución estable por 7 días. Este es un desinfectante específico para uso contra el virus de la fiebre aftosa.

Desventajas: Polvo irritante a los ojos, a las membranas mucosas y al tracto respiratorio. No ingiera alimentos durante su aplicación. No sumerja utensilios metálicos por un tiempo más de 10 minutos.

C. Diacetato de Clorhexidina

Forma de uso:

1) Para desinfectar granjas y hospitales veterinarios; algunas formulaciones son apropiadas para el lavado de manos.

2) Para utensilios y otros objetos: diluir 8 mililitros /1 litro de agua

Ventajas: Bactericida, virucida.

Desventajas: No es efectivo en contra de formaciones de esporas bacterianas; puede contaminar el agua o los alimentos; perjudicial si se ingiere; irritante a los ojos y a las membranas mucosas.

D. Amonio Cuaternario

Forma de uso:

1) Use en superficies no rugosas, en una dilución de 8 mililitros /1 litro de agua.

Ventajas: Bactericida, virucida, fungicida. Acción de limpieza y desinfección. La eficacia del desinfectante no se ve afectada por el agua con minerales o con el suelo orgánico (5% carga)

Desventajas: Puede causar daños en los ojos y en la piel; utilice protector de ojos y guantes al aplicar.

E. Alcohol (etanol e isopropil 70-95%)

Forma de uso:

Desinfecta superficies de cemento al aplicar directamente.

Ventajas: Bactericida, fungicida.

Desventaja: No actúa contra esporas o virus encapsulados; sin acción detergente; inflamable (almacene su contenido cerrado lejos de fuentes de ignición); irritación y daño a los ojos y a los pulmones; contacto prolongado con la piel causa irritación.

Comunicado de prensa Núm. 139 (04 de mayo de 2009)

Ante el hecho que en la Ciudad de México y en el Estado de México hay una disminución de aproximadamente 80% de los casos nuevos de influenza A H1N1, el Gobierno Federal decidió la reactivación paulatina de las actividades que se vieron afectadas por esa situación, como las laborales, comerciales y escolares, anunció el Secretario de Salud José Ángel Córdova Villalobos.

En conferencia de prensa donde se dio a conocer el estado actual de la contingencia, sus repercusiones desde el punto de vista sanitario, de educación, y laboral entre otros, así como las medidas a instrumentar para volver a la normalidad, afirmó que el regreso a las actividades escolares, interrumpidas por la epidemia influenza A H1N1, será escalonado, por lo que a partir del 7 de mayo reinician clases las instituciones de educación media superior, superior y posgrado, mientras que en escuelas primarias, secundarias, guarderías y centros de rehabilitación será el día 11 de este mes.

Sin embargo, advirtió, es fundamental reforzar las acciones de vigilancia epidemiológica y prevención, basados en los lineamientos de prevención y control en materia de influenza AH1N1 para restaurantes, centros de trabajo, de reunión cerrados, transporte y directivos escolares, disponibles en la página de la Secretaría de Salud.

Acompañado de los titulares de Educación, Alonso Lujambio; del Trabajo, Javier Lozano, y de Economía, Gerardo Ruiz Mateos, Córdova Villalobos precisó que

estas decisiones fueron acordadas por los gobernadores de las 32 entidades federativas, reunidos en la Residencia Oficial de los Pinos para analizar este tema.

Al respecto, el titular de Educación Pública, Alonso Lujambio, dijo que la dependencia a su cargo entregará a los gobiernos de los estados, 200 millones de pesos para que todas las escuelas del país, especialmente de nivel básico, cuenten con lo necesario para la limpieza exhaustiva, como detergente, jabón y cloro.

Asimismo, se instalará un filtro escolar, que consiste en que padres de familia, directivos de la escuela y maestros, harán tres o cuatro preguntas a cada niño para saber que está en buenas condiciones y pase a la escuela, a fin de disminuir el riesgo de contagio.

El Secretario de Economía, Gerardo Ruiz Mateos, señaló que en esta entrada a clases y reactivación de la vida económica, la dependencia a su cargo asegurará que la producción, distribución y abasto de alimentos y medicamentos necesarios, estén disponibles para la población.

También se toman medidas para facilitar y abaratar la importación de medicamentos, antivirales, equipos médicos, productos higiénicos y demás artículos necesarios para prevención. A través de las oficinas en el exterior, y en coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores, se establece una estrategia para contrarrestar el impacto negativo que pudiera tener la imagen de México, como la promoción en las ferias y exposiciones internacionales de Londres, Atlanta, Chicago, Shangai y Los Ángeles.

Ruiz Mateos precisó que también expresarán a la Organización Mundial de Comercio el desacuerdo por las restricciones impuestas por algunos países a productos porcícolas de México, debido a que no existe justificación para restringir

el comercio de derivados del puerco, debido a que la transmisión del virus es de humano a humano y no tiene que ver con la porcicultura nacional.

El Secretario del Trabajo y Previsión Social, Javier Lozano Alarcón, dio a conocer que se elaboró un proyecto de Guía de Recomendaciones para instrumentar el plan de emergencia en los centros de trabajo por la epidemia de influenza. Ante el hecho que las guarderías y educación básica iniciarán labores hasta el próximo 11 de mayo, hizo un llamado a los empleadores a mostrar sensibilidad, flexibilidad y tolerancia con sus trabajadores, que sean padres o madres de familia, que tengan retardos o ausencias el miércoles, jueves y viernes, no descuenten el día o no apliquen los descuentos por retardos en los que pudieran incurrir.

De igual manera, mientras prevalezca la fase 5 de la Organización Mundial de la Salud, las mujeres trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia, deben ser excusadas de prestar sus servicios en empresas o establecimientos, sin afectar, por ello, su salario, prestaciones o derechos. Finalmente, resaltó que todos los centros de trabajo deben contar con los servicios básicos de higiene personal para el lavado de manos con agua y jabón, ventilación, mantenimiento de aire acondicionado, iluminación natural, limpieza en objetos y utensilios, mobiliario en general, condiciones óptimas de seguridad y salud en el uso de instrumentos y herramientas de trabajo.

Comunicado de prensa Núm. 140 (05 de mayo de 2009)

La epidemia de influenza por el virus A H1N1 registra una tendencia hacia la baja, sobre todo en el estado de México y el Distrito Federal, en donde la cantidad de casos nuevos se ha reducido 80%, afirmó el Secretario de Salud.

Detalló que a la fecha se registran 802 casos confirmados por el virus A H1N1, de los cuales 776 son personas vivas y 26 fallecieron, de estos últimos, 20 ocurrieron en la ciudad de México.

De los 26 que murieron, 17 tenían entre 21 y 40 años. Asimismo, 16 son del sexo femenino y 10 del masculino. Del total de casos confirmados, 50.9% son del sexo femenino y 49.1% del masculino y se ubican en 26 entidades federativas; en siete de ellas sólo se registra un caso por estado, 51.6% están entre los 0 y 19 años de edad. Detalló que los estados que aún no registran casos comprobados son, entre otros, Coahuila, Nuevo León, Campeche, Sinaloa y Nayarit, mientras que el índice de contagio del virus A (H1N1) es de 1.4%, igualmente el de la influenza estacional es de 1.3%. Al referirse a las Caravanas de la Salud, señaló que desde el inicio de su operación al día de ayer, realizaron 68 mil 997 acciones preventivas y 312 pruebas rápidas, de éstas, 278 fueron negativas y 34 positivas; además dieron nueve mil 675 consultas.

De igual manera, refirieron 60 pacientes: 20 al Hospital General de México, 13 al Hospital Juárez de México, 18 al Hospital General “Manuel Gea González” y 9 a los hospitales del IMSS.

Finalmente, comentó que en total se han aplicado cinco mil 84 pruebas rápidas y de las positivas acumuladas se registran 796 y que cada día se reciben entre 700 y 800 muestras de casos sospechosos.

Comunicado de prensa Núm. 142 (06 de mayo de 2009)

Desde el pasado 24 de abril, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de la Secretaría de Salud intensificó el monitoreo y la vigilancia sanitaria de anuncios en los diferentes medios de comunicación, a efecto de detener la difusión de publicidad engañosa.

Algunas de las empresas y personas físicas que recibieron procedimientos administrativos, de acuerdo con lo señalado en la legislación sanitaria son: *Bios Nova*, *Médica Cuántica*, *Polisalud*, *Naturalistas on Line*, *Belleza Permanente*, *Timo* y *Cerebro*, doctor Joaquín González Aragón, *Clínica Hiperbárica Peter Schael*,

Nutribella “El Ángel de tu salud”, Marcela Sánchez, *Neem Victoria*, Instituto de Medicina Tradicional China y la doctora Lucía Amador.

En estos establecimientos se vendían productos con supuesto Omega 3 de Salmón, precursores vitamínicos contra la gripe y té “para prevenir la influenza”, entre otros.

En el caso de servicios de salud y venta de medicinas, así mismo remedios herbolarios, también se realizaron visitas de verificación sanitaria, ante el hallazgo de riesgos sanitarios, se aplicaron medidas de seguridad como el aseguramiento de productos e incluso la suspensión de actividades.

Las órdenes de suspensión de la publicidad se debieron a que los anuncios exageran las características de sus productos, fomentan la automedicación o promocionan sus servicios ofreciendo prevención o tratamiento contra la influenza, sin contar con permiso de la Secretaría de Salud.

A petición de la autoridad sanitaria federal, el portal de la empresa Mercado Libre suspendió la publicidad de los productos *Calostro Plus*, *Guna Flu*, *Lycium*, *Barbijos* con fosfato de *Osetamivir* y venta de *Tamiflu* sin receta médica. Por otro lado, a través de la acción ciudadana, el público también ha detectado publicidad engañosa y lo ha comunicado a COFEPRIS derivado de lo cual se hicieron visitas de verificación sanitaria a establecimientos y se hizo el aseguramiento del producto *Influenzium 30 C*.

La COFEPRIS y el Sistema Federal Sanitario, continuarán realizando la vigilancia sanitaria de la publicidad en todo el país para detectar riesgos a la salud derivados de los anuncios de productos y servicios.

Comunicado de prensa Núm. 143 (11 de mayo de 2009)

El Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, realizó una gira de trabajo por Zacatecas para supervisar las actividades que se realizan, encaminadas a contener la epidemia de influenza A H1N1, en donde afirmó que desde el inicio de la contingencia, se ha brindado apoyo a todas las entidades federativas, como vacunas para el personal de salud y medicamentos para la población con cuadro clínico sugestivo de esta enfermedad.

Acompañado de la gobernadora de Zacatecas, Amalia García, y de la titular de Salud de esta entidad, Elsa Alicia Aguilar Díaz, el secretario Córdova Villalobos agregó que como parte de las medidas a seguir, se elaboraron guías clínicas y de toma de muestras, se han tenido reuniones con todos los Secretarios estatales de Salud para unificar la información y las acciones que se realizan, a fin de tener una capacidad de respuesta más amplia.

También se hizo una auditoría de los respiradores, monitoreo de las áreas hospitalarias en cuanto a su ocupación y de las necesidades particulares, detalló el titular de Salud Federal durante su estancia en este estado, el cuarto que visita para supervisar las medidas realizadas contra la influenza A (H1N1), los otros tres fueron Jalisco, San Luis Potosí e Hidalgo.

En el Hospital General de Zacatecas, comentó que el virus, una vez que adquiere capacidad de adaptación, cambia incluso más que el del VIH, por lo que se va a seguir transmitiendo entre las personas y se debe monitorear siempre. Sin embargo, aclaró, no quiere decir que el estado de contingencia persista por mucho tiempo, sino que se debe mantener la vigilancia epidemiológica y las acciones de prevención, como el lavado de manos, no escupir en el suelo ni saludar de mano o de beso.

De acuerdo con expertos internacionales, de no haberse tomado esas medidas, se hubieran presentado alrededor de ocho mil muertes y más de 30 mil pacientes hospitalizados, a la fecha hay sólo 56 decesos.

Desde el 29 de abril a la fecha, se han procesado más de siete mil 500 muestras en los laboratorios de Veracruz, San Luis Potosí, Sonora y de los Institutos Nacionales de Enfermedades Respiratorias, Nutrición, Salud Pública y en el Instituto de Diagnóstico y Referencia epidemiológicos (INDRE), cuenta con nueve máquinas que procesan 66 pruebas diarias cada una; es decir, 600 en total.

Comunicado de prensa Núm. 148 (16 de mayo de 2009)

La evaluación de la epidemia de influenza A (H1N1) hasta el día de ayer indica que se confirma la tendencia hacia el control de la misma. Ésta es una enfermedad que si es atendida a tiempo, habitualmente es curable. Vale la pena mencionar que el inicio de síntomas de la mayor parte de las defunciones ocurrió antes del 23 de abril, cuando aún no conocíamos de qué virus se trataba.

La actividad económica debe volver a la normalidad, y reactivarse con toda energía; es la mejor forma de ir mostrando al mundo que la vida cotidiana se restablece, sin olvidar las medidas de prevención.

La Secretaría de Salud recomienda:

- Continuar con el lavado de manos.
- Estornudar de etiqueta, o sea usando el ángulo del codo.
- Acudir al médico ante cualquier síntoma.
- Evitar saludar de mano y de beso.
- En sitios de aglomeración no controlado, como el transporte público, mantener el uso de cubre bocas.
- Continuar con el filtro escolar hasta nuevo aviso.

En esta etapa, la recomendación es que el control de la epidemia sea focalizada en las localidades con brotes. Los casos nuevos siguen a la baja. Ayer se confirmaron dos defunciones, una en el Distrito Federal y otra en Baja California, que ocurrieron el 2 y el 12 de mayo, respectivamente. Actualmente, se tienen 68 defunciones confirmadas, de las cuales tan sólo en cinco el inicio de síntomas tuvo lugar después del 23 de abril.

Con respecto a las entidades federativas, hasta la fecha, la mayor parte de casos reportados son en el Distrito Federal, seguido de Hidalgo, San Luis Potosí y el Estado de México, quienes concentran el 67% de los casos confirmados. Actualmente, el *Oseltamivir* se ha distribuido a todos los estados, de acuerdo a sus necesidades, aún se cuenta con reserva suficiente. Con respecto al panorama mundial, entre la Organización Mundial de la Salud, el CDC de Atlanta y México reportan ocho mil 592 casos de influenza A (H1N1), distribuidos en 34 países. El país que presenta el mayor número de casos confirmados es Estados Unidos con cuatro mil 714 casos, 55% del total mundial.

Gracias a todos estos comunicados se puede ver que las acciones de la Secretaría de Salud fueron las necesarias, puesto que se recibió el reconocimiento de distintos Estados y Organizaciones a nivel internacional.

Se deja mucho que desear en cuanto al manejo de información, pues en los diferentes medios nacionales se criticaba la respuesta de la Secretaría, ejemplo de ello, son las distintas notas que se publicaban donde ponían en manifiesto como se ocultaba la información a la OMS,⁷⁵ que realmente las cifras de los fallecimientos estaban maquilladas para que no hubiese una lupa permanente por parte de la Comunidad Internacional.⁷⁶

⁷⁵ Carrasco, Araizoga Jorge, "El saldo de la inoperancia oficial.", *Proceso*, año 32, 2009, número 01696, pp. 6-13.

⁷⁶ Vergara, Rosalía, "Los muertos por el Sistema.", *Proceso*, año 32, 2009, número 01696, pp. 18-19.

2.2.4 POSICIÓN DE LA SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES

El 24 de abril, México activó el Plan de Contingencia para América del Norte con motivo del descubrimiento de una nueva cepa de influenza, lo cual fue confirmado por los gobiernos de Estados Unidos y Canadá, aunque no hay una alerta internacional.

El oficial mayor de la cancillería, Julio Camarena Villaseñor dijo que hasta el momento ningún gobierno o país ha impuesto restricciones para el paso de personas, mercancías o productos procedentes de México, pues reiteró que no hay una alerta internacional.

En conferencia, explicó que con la confirmación de la nueva cepa de influenza se activaron los mecanismos de intercambio de información, diálogo y coordinación para tomar las medidas preventivas que correspondan al caso. En ese sentido, dijo que se activó el mecanismo Grupo Frontera, en el que intervienen las secretarías de Turismo y Relaciones Exteriores, el Instituto Nacional de Migración (INM) y Aduanas para dar información sobre la situación de la enfermedad en la República Mexicana.

En todos los puertos de México, así como en las instalaciones consulares y las embajadas se ofrece información sobre los riesgos, las formas de contagio, los síntomas de la enfermedad, además de las medidas preventivas para evitar que el padecimiento se propague. El plan de contingencia para América del Norte se desarrolla en el marco de la Alianza para la Seguridad y la Prosperidad de América del Norte (ASPAN), y consiste en el intercambio de información y la coordinación de las instituciones gubernamentales.

Los contactos correspondientes, se iniciaron desde que se comenzó el análisis de la cepa, pero se activó hasta el jueves cuando se confirmó la existencia del nuevo virus.

El oficial mayor de la SRE dio a conocer que se emitió un boletín interno para todo el personal de la dependencia donde se alerta sobre los riesgos de contagio, los síntomas y las formas de prevención. En este sentido, explicó que la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) no suspendería ninguno de los servicios que ofrece, menos el de la expedición de pasaportes que permanecerá, incluso los días sábado y domingo en los horarios acostumbrados.⁷⁷

A nivel interno se lanzó el sistema de alerta que consiste en la difusión de las medidas preventivas a través de materiales escritos donde se dan a conocer también los tipos de medicamentos que se utilizan contra influenza. Otra de las medidas que adoptó la cancillería fue la coordinación a través del intercambio de información con organismos nacionales e internacionales, a fin de que se tomen las medidas preventivas pertinentes.

La cancillería ordenó además brindar atención e información a la población mexicana en el exterior, principalmente en Estados Unidos: que se ofrece de manera permanente a través de la red consular y las embajadas.

El 13 de mayo, la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) informó que su titular, la Embajadora Patricia Espinosa, encabezó conjuntamente con su homólogo checo, *Jan Kohout*, la XIV Reunión Ministerial entre el Grupo de Río (G Río) y la Unión Europea (UE) en Praga, República Checa, donde se trataron los temas del restablecimiento de la estabilidad financiera, el crecimiento de la economía global, energía sustentable y la próxima reunión de Copenhague sobre cambio climático.

⁷⁷ Soltero, Gonzalo, "La epidemia en el corazón de Europa", Letras Libres, año XI, junio de 2009, número 123, p. 47.

Cabe destacar que en su participación en la inauguración de XVI Reunión Ministerial G Río-UE, la Canciller Espinosa señaló que bajo el liderazgo del Presidente Felipe Calderón Hinojosa, México ha tomado, de manera oportuna, eficaz y transparente, todas las medidas necesarias para garantizar la salud y el bienestar de los mexicanos, así como para contribuir a proteger la salud de la comunidad humana en su conjunto, respecto al brote epidémico de influenza A(H1N1).

El jueves 14 de mayo, la Secretaría de Relaciones Exteriores de México participó en la VI Reunión del Consejo Conjunto México y la Unión Europea. Los países miembros de la Unión Europea (UE) y del Grupo de Río (G Río) emitieron una declaración conjunta en la que reconocieron los enormes esfuerzos de México para evitar la propagación masiva a nivel global del virus de influenza humana A(H1N1).

Durante la reunión bianual de cancilleres de ambos continentes, divulgaron un comunicado aprobado por unanimidad, en el que expresaron la rápida y eficaz respuesta de México, nacional e internacional, a la amenaza de la influenza, los indicios señalan que el combate ha dado sus primeros resultados positivos.

Los cancilleres europeos y latinoamericanos expresaron su solidaridad con todas aquellas naciones afectadas por la influenza A(H1N1), particularmente con México. Los países miembros de ambas organizaciones reiteraron la necesidad de mantener una cercana cooperación con las autoridades de las naciones más afectadas por el fenómeno, así como con la Organización Mundial de la Salud (OMS), para encontrar la mejor manera de proveer asistencia en la lucha en contra de la mencionada influenza. La Embajadora Patricia Espinosa Cantellano, en su calidad de secretaria Pro Témpore del G Río, hizo una exposición de todas las medidas tomadas en su país para combatir el fenómeno.

La Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), a través de su red de embajadas y consulados en todo el mundo, permanece atenta a las necesidades de la comunidad mexicana que se ha visto afectada por las medidas que algunos gobiernos han puesto en marcha, con motivo de la epidemia del virus A(H1N1).

En América Latina, el Gobierno de México sigue brindando protección y asistencia consular a los connacionales afectados en Argentina, Cuba, Ecuador y Perú.

El brote de influenza tipo A enrareció las relaciones de México con el exterior, principalmente con algunas naciones latinoamericanas que se apresuraron a cerrar sus fronteras a los viajeros mexicanos e incluso a reclamar a las autoridades del país por presuntamente “ocultar al mundo la epidemia”, como lo hizo el ex presidente cubano Fidel Castro.⁷⁸

Lo cierto es que los virus no usan pasaporte y en la era global cruzan las fronteras nacionales inadvertidamente, ocultos en animales o humanos que pueden mostrar o no síntomas de algún contagio. Son una amenaza real cuando los viajeros e intercambios internacionales se han multiplicado.

Cualquiera puede ser un elemento de contagio, pues los virus no tienen nacionalidad, contra el prejuicio xenófobo y los estereotipos que de inmediato afloran cuando se señala a una nación como causante de un mal. “Los cierres de fronteras y la reducción de los intercambios para evitar la propagación de un virus pueden resultar vanos, dado el alto nivel de contagio de la influenza y el volumen de los cruces ilegales que ocurren en la mayoría de las fronteras”, señaló el experto *Michael T. Osterholm*.⁷⁹

⁷⁸ López, Mayolo, “Rechaza Calderón ocultar información”, *Reforma*, México, 13 de mayo de 2009, p. 9.

⁷⁹ Mora, Tavares Eduardo, “Un virus sin pasaporte” *El Universal*, 23 de mayo de 2009, p. A12.

La aparición de la nueva influenza fue señalada racistamente como “mexicana”. En la crisis sanitaria, América Latina dio la espalda a México, mientras otros países adoptaron medidas discriminatorias contra los mexicanos.⁸⁰

Cuba ordenó el martes 28 de abril suspender por 48 horas los vuelos regulares hacia y desde México, para prevenir la llegada de la todavía llamada “gripe porcina”.⁸¹ Cuba fue el primer país en tomar una determinación de ese tipo, pero casi de inmediato fue secundada por Argentina, Perú y Ecuador. El gobierno francés, por su parte, solicitó un día después a la Unión Europea suspender todos los vuelos de salida y entrada a México. Pero la UE rechazó la demanda.

China, a quien se ha acusado de haber ocultado el brote de SARS (Síndrome Agudo Respiratorio Severo) en abril de 2003, primero ofreció a México ayuda médica para combatir la influenza, pero luego, al detectar en Hong Kong a un mexicano con el virus, pegó con el garrote al poner en cuarentena a todos quienes estuvieron en contacto con él y aislar a por lo menos 71 mexicanos en condiciones “inaceptables”,⁸² según detalló la Cancillería mexicana.

Apoyada en precisiones de la OMS y del secretario general de la ONU, *Ban Ki-moon*, la Secretaría de Relaciones Exteriores calificó como discriminatorias, xenofóbicas, injustificadas y unilaterales las medidas restrictivas y el trato inadecuado que recibieron los mexicanos en el extranjero a consecuencia de la influenza A.

El embajador de México ante la ONU, Juan Manuel Gómez Robledo, llamó el 4 de mayo en Nueva York a detener las acciones de xenofobia por el brote de la nueva gripe, porque carecen de justificación científica y atropellan los derechos humanos.

⁸⁰ Campa, Homero, “*Como apestados.*”, *Proceso*, año 32, 2009, número 01696, pp. 32-33.

⁸¹ Monje, Raúl, “*El virus de la desconfianza*”, *Proceso*, año 32, 2009, número 01697, pp. 34.

⁸² “*Primero Noticias*”, Pimentel, Azucena, 27 de mayo, Carlos Loret de Mola, México D.F., 8:20.

El 8 de mayo, la Cancillería mexicana presentó por vía diplomática la inconformidad del gobierno del país contra las medidas “unilaterales” de Argentina, Cuba, Ecuador y Perú ante la epidemia de influenza A(H1N1). Además de su desconcierto por las declaraciones del mandatario Fidel Castro con respecto a la supuesta retención de información:

Nada ha cambiado en México durante los últimos 8 años, excepto el virus [...] En cualquier país, con esa información era indispensable una información inmediata y seria sobre el asunto [...] Duele decirlo, pero solo en cuatro o cinco días actualmente se podría descubrir que estaban siendo afectados por esos días sin necesidad de enviar la muestra al laboratorio de Canadá.⁸³

Por su parte, la canciller mexicana, Patricia Espinosa, que pacientemente había generado la recomposición de las relaciones México-Cuba, dijo que los comentarios de Fidel Castro sólo “enrarecen la relación bilateral”.⁸⁴

La OMS tomó partido por México en la controversia, señalando a través de distintos directivos y voceros que México actuó responsable y oportunamente, puntualizando que no recomendaba restricciones a los vuelos procedentes o con destino a México.

Lo cierto es que Estados Unidos, otro país que pronto superó a México con casos confirmados de influenza, aunque planteó medidas preventivas, descartó de inmediato el cierre de la frontera: “Sería como cerrar el portal después de que han salido los caballos”, dijo *Obama*⁸⁵ al inicio de una crisis sanitaria que aún sigue dando sus coletazos en 48 estados de la Unión Americana con más de 6 mil 552 casos confirmados y 9 víctimas mortales.

⁸³ Martínez, Yolanda, “Cuestiona Fidel Castro respuesta mexicana”, *Reforma*, México, 15 de mayo de 2009, p. 18.

⁸⁴ Ídem.

⁸⁵ Carreño, José Figueras, “Guardaespalda de Obama está contagiado”, *Excélsior*, México, 01-Mayo-2009, p 8.

La inutilidad de cerrar la frontera sería patente casi dos semanas después, cuando la Casa Blanca confirmó que uno de los guardaespaldas que formaban parte de la comitiva de Obama en México se había contagiado durante la gira presidencial. El guardaespaldas, que nunca tuvo contacto directo con el presidente, se convirtió en objetivo de intensas pesquisas y tras una meticulosa investigación se confirmó que sólo había contagiado a miembros de su familia.

La Secretaría de Relaciones Exteriores tuvo una reacción tibia y no pudo disimular una imagen tranquila a nivel internacional, por su forma de proceder. Manifestó el pánico en sus acciones, se hace mención de esto pues permitía que estuviera en el ojo del huracán el país, a pesar de solo ser uno de los países en los que se padecía la influenza y que en Estados Unidos se tenía un mayor número de casos confirmados.

En este trabajo no se trata de justificar a la Secretaría de Relaciones Exteriores, pero no tenía otra forma de reacción a causa de la desinformación por parte de la Secretaria de Salud, ¿cómo podía dar la cara a la Comunidad Internacional, si no se podía confirmar la información? Se vio la inexperiencia del gobierno mexicano ya que se denotó la desorganización de las secretarías; sin embargo es de rescatar que las acciones que cada secretaria tomo fueron oportunas.

2.3 POSTURAS DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL

La emergencia de una nueva cepa de virus de influenza tipo A (H1N1) de origen porcino, con capacidad de transmisión interhumana produjo una alerta epidemiológica a nivel mundial. Ante el miedo a enfrentar una situación sanitaria descontrolada, se ha producido un efecto de psicosis social, quebrantando el frente que, hasta ahora, se mantenía frágilmente unido en la escena relacional.

Este nuevo virus, percibido como un riesgo sanitario desconocido, imprevisible, inevitable, y por tanto más temido, ha trastocado la esfera global, desde el ámbito estrictamente sanitario, diplomático hasta el contexto económico internacional.

Ante tal situación de descontrol, y tomando en cuenta que la población mundial es altamente susceptible, además de la situación de crisis económica y de sociedad de riesgo que vive el mundo, ha generado respuestas coordinadas internacionales, de cooperación estrecha entre los países y organizaciones internacionales, para garantizar las medidas adecuadas de prevención y control que se requieran implementar.

Asimismo, ha desencadenado ciertas respuestas excesivas o desproporcionadas, con un contenido proteccionista, que han excedido los objetivos sanitarios, y han generado opiniones adversas, las cuales, en algunas situaciones, derivan en una atmósfera negativa en el ámbito internacional.

Por lo anterior, en el siguiente capítulo, se hará una recopilación de los acontecimientos que han generado polémica ante las opiniones diversas que se formaron y se siguen generando a nivel mundial ante la emergencia sanitaria.

2.3.1 PAÍSES AFECTADOS POR EL VIRUS A (H1N1)

NORTEAMÉRICA

Han sido varios los países afectados por el virus A(H1N1), sin embargo, es bien sabido que los primeros casos de influenza fueron detectados en Norteamérica, primordialmente en México expandiéndose por su país vecino Estados Unidos. Sin embargo, los casos sospechosos y confirmados de la nueva gripe comenzaron a traspasar las fronteras de dichos países a otros de la comunidad internacional.

La epidemia siguió su curso y el nuevo virus llegó a territorio Canadiense, lugar donde el virus A(H1N1) fue encontrado en los cerdos, en una granja de Alberta,⁸⁶ sospechando que el granjero había viajado recientemente a México y había contagiado a los cerdos.

Las autoridades canadienses confirmaron sus seis primeros casos el 27 de abril de 2009, cuatro en Nueva Escocia y 2 en Columbia Británica.⁸⁷ Mientras que la primera muerte en Canadá se dio en la provincia de Alberta, el 28 de abril y ya contaba con 204 casos confirmados, igualmente los casos confirmados continuaban ascendiendo en México y Estados Unidos.

Con el comunicado de la Organización Mundial de la Salud de fase 6 (pandemia)⁸⁸ y con la preocupación de una segunda oleada en Norte América,⁸⁹ las autoridades sanitarias mexicanas anunciaron el 23 de julio la confirmación de una segunda oleada de gripe A(H1N1) que dejó 10 muertos en 4 días, elevándose a 139, y obligó a las autoridades locales a reforzar nuevamente las medidas sanitarias.⁹⁰

CENTROAMÉRICA Y EL CARIBE

Luego de que se desatara la epidemia de gripe A(H1N1) en Norte América, el primer caso de gripe A(H1N1) en Centro América se dio en Costa Rica,⁹¹ el 28 de abril, en una mujer de 21 años; a partir de ese momento hicieron un llamado a la población para extremar las medidas de higiene. Costa Rica fue el segundo país

⁸⁶ Velazco, Elizabeth, "El cerdo, incubador de virus de influenza; crea cepas más violentas", *La Jornada*, 27 de abril de 2009, p. 2.

⁸⁷ AFP, "Confirma Canadá 6 casos de gripe porcina; los contagiados, en proceso de recuperación", *La Jornada*, 27 de abril de 2009, p.37.

⁸⁸ Paéz, Alejandro, et al., op. cit. p.175.

⁸⁹ EFE, "Declara OMS pandemia por influenza AH1N1", *La Crónica de hoy*, México, 11 de Junio, 2009, p. 16.

⁹⁰ Ruth, Rodríguez, "Confirma Ssa, segunda oleada de influenza en México", *El Universal*, México, 23 de julio, p. A21.

⁹¹ Oficina Regional para Centroamérica, Panamá y República Dominicana. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades CDC/CAP; "Treinta casos confirmados del virus nuevo de influenza A (H1N1) en América Central: Panamá (15), Costa Rica (8), El Salvador (4) y Guatemala (3). Medidas de vigilancia, prevención y control en la Región" <http://www.cdc-cap.org/>, Recuperado el 5 de julio de 2009, pp. 4 y 5.

de América Latina, después de México en confirmar los primeros casos de la nueva gripe y también fue el primer país centroamericano en confirmar la primera muerte, cuando un hombre de 53 años contagiado con el virus de la gripe A(H1N1) se convirtió en la primera víctima mortal.

Cuando el virus se expandía por Europa, Norte América y Oceanía, empezaron a aparecer los primeros casos en varios países centroamericanos. La primer persona infectada de Guatemala⁹² por la pandemia fue una niña de la capital, Ciudad de Guatemala, que fue detectada el 5 de mayo por el cordón sanitario ubicado en el Aeropuerto Internacional La Aurora y el 25 de junio se confirmó la primer muerte. Así mismo, en El Salvador el virus fue detectado el 4 de mayo en dos jóvenes que habían regresado de México, y la primer muerte el 3 de julio.⁹³

A medida que seguía avanzando el virus por toda Centroamérica, Honduras⁹⁴ reportó su primer caso en San Pedro Sula el 21 de mayo y su primer fallecimiento el 22 de junio. Por otra parte, Panamá⁹⁵ informó que su primer caso fue descubierto el 8 de mayo, en una persona que había llegado al país de los Estados Unidos y el primer fallecimiento se dio el 21 de julio luego de haber infectado a más de 541 personas. En Nicaragua,⁹⁶ el virus llegó al país el 1 de junio en una niña de Managua, sin haberse reportado muertes al 22 de julio, siendo el último país de América Latina en ser afectado por la gripe A. En cambio, Belice fue el último de Centro América en reportar casos confirmados, el Caribe seguía reportando casos, siendo Haití⁹⁷ el último país del continente americano en reportar el primer caso el 13 de julio. La primer muerte en el Caribe se dio en la República Dominicana⁹⁸ en una joven de 17 años que murió en Santo Domingo; el número de casos en la isla se elevaron a un total de 4, siendo su primer caso

⁹² *Ibidem*, p. 6.

⁹³ *Ibidem*, p. 7.

⁹⁴ *Ídem*.

⁹⁵ *Ibidem*, pp. 3-4.

⁹⁶ *Ibidem*, pp. 7-8.

⁹⁷ *Ídem*.

⁹⁸ AFP, REUTERS, EFE, “*Lista farmacéutica para fabricar vacuna contra influenza*”, *El Sol de México*, México, 28 de mayo de 2009, p. 18A.

descubierto el 22 de mayo. Mientras tanto, Cuba⁹⁹ reportó el día 11 de mayo el primer caso del virus A(H1N1), que, según la Salud Pública de ese país, era de origen mexicano, por lo que Cuba tomó las medidas pertinentes para que no se propagase al resto de la isla. La gripe seguía avanzando en el Caribe y Centro América, Puerto Rico¹⁰⁰ se convirtió en el Estado más afectado del Caribe con 8 muertes y 52 casos confirmados y Costa Rica¹⁰¹ el más afectado de Centro América con 12 muertes confirmadas al 22 de julio de 2009.

SUDAMÉRICA

La gripe A(H1N1) llegó por primera vez a Sudamérica el 2 de mayo, luego de que Colombia¹⁰² reportase su primer caso de gripe A(H1N1). En el resto del mundo, el virus había llegado a 18 países, llegando a 817 casos confirmados.

El virus siguió expandiéndose por todo el mundo, Chile confirmó el 17 de mayo de 2009, el primer caso de la gripe A(H1N1), correspondiente a una mujer chilena de 32 años que arribó desde Punta Cana, República Dominicana.¹⁰³ Más tarde se confirma el segundo caso,¹⁰⁴ quien sería una amiga de la primera afectada. Al mismo tiempo que las autoridades chilenas confirmaron el 2 de junio sobre la primera muerte por la gripe A(H1N1) en Puerto Montt, siendo la primer víctima en Sudamérica. El Gobierno de Chile, que inyectó 3.500 millones de pesos para combatir el virus de la gripe A(H1N1), informó el 21 de julio que el número de muertos por la enfermedad se duplicó en una semana y pasó de 33 a 68 en el país.

⁹⁹ Martínez, Yolanda, "Permanece estable mexicana en Cuba", *Reforma*, México, 14 de mayo, p. 9.

¹⁰⁰ AGENCIA EFE, "Se elevan a seis los muertos por la gripe A en Puerto Rico", *Terra Noticias*, <http://noticias.terra.es/genteycultura/2009/0720/actualidad/se-elevan-a-seis-los-muertos-por-la-gripe-a-en-puerto-rico.aspx>, Recuperado 20 de julio de 2009.

¹⁰¹ DPA, Notimex, "700 muertos por influenza" *Excélsior* México, 22 de julio de 2009, p. 6.

¹⁰² Bugarín, Inder, "Migra virus al Sur" *Reforma*, México, 5 de mayo de 2009, p. 15.

¹⁰³ AP, "Chile confirma su primer caso de influenza A", *El Universal*, México, 17 de mayo de 2009, p. A25.

¹⁰⁴ Reuters, EFE, "Cesárea a víctima de influenza", *Excélsior*, México, 30 de junio de 2009, p. 5.

De igual forma se daba el primer caso en Argentina.¹⁰⁵ Se trató de un hombre que había regresado de la Ciudad de México antes de la cancelación de vuelos, que si bien había arribado asintomático al país el 25 de abril, a los dos días manifestó la enfermedad. El tratamiento funcionó exitosamente y fue dado de alta. El 15 de julio las autoridades sanitarias argentinas informaron que el número de muertes por la gripe A(H1N1) había ascendido a 137, con lo cual Argentina pasó a ser el segundo país con mayor número de fallecimientos, después de Estados Unidos.¹⁰⁶

El 28 de abril se confirmó en Perú el primer caso de gripe A(H1N1),¹⁰⁷ pero luego fue descartado hasta que se confirmó el primer caso el 14 de mayo en una joven peruana de 27 años que llegó de Estados Unidos. Las primeras muertes provocadas por la gripe se dieron el 5 de julio en una niña y una mujer adulta, aumentando a 14 las víctimas para el 22 de julio.¹⁰⁸ El virus siguió expandiéndose por toda Sudamérica, provocando muertes en varios países, como en Brasil que confirmó sus primeros cuatro casos el 7 de mayo, dos de ellas del estado de São Paulo, uno de ellos del estado de Río de Janeiro y uno de Minas Gerais. Tres de los pacientes infectados habían viajado a México y la otra a los Estados Unidos.¹⁰⁹ La primera muerte fue reportada el 28 de junio en un hombre de 29 años que sucumbió al virus tras contagiarse en Argentina;¹¹⁰ para el 21 de julio aumentando a 22 el número de infectados.

El virus se expandió por toda Sudamérica llegando a Ecuador el 15 de mayo de 2009, cuando se descubrió el primer caso de gripe A(H1N1) en Guayaquil. El afectado era un niño que fue trasladado al Hospital de Infectología, donde se

¹⁰⁵ DPA, "Confirman primer caso de influenza humana en Argentina; había viajado a México", Milenio Diario. <http://www.milenio.com/node/211559>. Recuperado el 01 de agosto de 2009.

¹⁰⁶ Pairone, Alejandro, "Advierten argentinos riesgo de daño bilateral", *Reforma*, México, 9 de mayo de 2009, p. 10.

¹⁰⁷ Notimex, "Aumenta a 17 casos de cepa A-H1N1 en Perú", *Milenio diario*, 02 de agosto de 2009, p. 28.

¹⁰⁸ Aquino, Marco, "Perú reporta primeras dos muertes por gripe A H1N1", Yahoo noticias México. http://mx.news.yahoo.com/s/reuters/090706/latinoamerica/latinoamerica_influenza_peru, Recuperado 5 de julio.

¹⁰⁹ Garduño, Silvia, "Proceden de México sudamericanos enfermos", *Reforma*, 9 de mayo de 2009, p. 10.

¹¹⁰ Ídem.

sospechó que tenía influenza A(H1N1).¹¹¹ Sin embargo, las dos primeras muertes registradas en Ecuador, se dieron el 10 de julio de 2009 en las provincias de Azuay y Tungurahua.¹¹²

La nueva gripe también llegó a Paraguay el 19 de mayo y se trató de 5 personas, incluida una que había regresado de Nueva York,¹¹³ mientras que la primera muerte se dio el 1 de julio.¹¹⁴ Seguía expandiéndose por Sudamérica el virus debido al invierno, Uruguay confirmaba sus primeros infectados el 27 de mayo, se trató de un hombre y un menor de edad que recientemente habían regresado de la Argentina,¹¹⁵ la primer muerte confirmada se reportó el 29 de junio en Montevideo.¹¹⁶

Por otra parte, Bolivia reportó su primer caso el 28 de mayo¹¹⁷ sus primeras muertes el 10 de julio.¹¹⁸ En América del Sur, el país latinoamericano en ser de los últimos en reportar los primeros casos fue Venezuela, que confirmó sus primeros infectados el 28 de mayo en un joven de 22 años de la localidad de Los Teques, Estado Miranda,¹¹⁹ y también fue el último en reportar muertes, luego de que el 19 de julio una niña de 11 meses de edad fuese la primera víctima fatal de ese país.¹²⁰ Finalmente, el 15 de junio Surinam reportó sus primeros 13 casos.¹²¹

¹¹¹ AP, "Confirma Ecuador primer caso de virus", Excélsior, México, 15 mayo de 2009, p. 4.

¹¹² Notimex, "Deja influenza humana 346 muertos y 19 mil contagiados en Sudamérica", Milenio, 25 de julio de 2009, p. 46.

¹¹³ EFE, "Paraguay confirma el primer caso de gripe A", Noticieros Televisa, <http://www2.esmas.com/noticierostelevisa/internacional/america/064488/paraguay-confirma-primer-caso-gripe-a>, Recuperado el 23 de mayo de 2009.

¹¹⁴ Notimex, "Crece número de muertes por gripe A en Paraguay", El Financiero, 6 de julio, p. 21.

¹¹⁵ Reuters, "Uruguay confirma dos primeros casos de gripe A-H1N1", El Sol de México, 28 de mayo de 2009, p. 13.

¹¹⁶ Reuters, "Suman 20 los muertos por la Influenza en Uruguay", Milenio Diario, 21 de julio de 2009, p. 34.

¹¹⁷ Afp, Dpa y Reuters, "Trabajan laboratorios con 3 cepas del virus de influenza", La Jornada, 29 de mayo de 2009, p. 20.

¹¹⁸ Agencias, "Ecuador y Bolivia reportan primeras muertes por la gripe AH1N1", La Crónica de Hoy, 11 de Julio, 2009, p. 21.

¹¹⁹ Reuters, "Venezuela registra tercer caso de influenza H1N1", El Universal, 31 de mayo de 2009, p. A8.

¹²⁰ Reuters, "Confirman primera muerte en Venezuela por gripe H1N1", El Universal Caracas, http://www.eluniversal.com/2009/07/18/amun_ava_confirman-primer-mu_18A2515643.shtml, Recuperado el 22 de julio de 2009.

EUROPA

El primer caso confirmado en Europa de gripe porcina se diagnosticó en España el 27 de abril de 2009, siendo España el primer país afectado por esta nueva gripe en la Unión Europea. El afectado, era un joven de 23 años, tuvo los primeros síntomas de la gripe A (H1N1) en un vuelo de regreso de México. En cuanto el afectado llegó a un centro hospitalario de Almansa se puso también en cuarentena a su familia.¹²² Para evitar la propagación del virus, se les dispensó antivirales, se les pidió que limitaran el contacto con otras personas y extremaran la higiene. En España, la epidemióloga Ángela Domínguez aseguró que en este Estado, gracias a los planes y protocolos activados con motivo de la gripe aviar, estaba "mejor preparada" para hacer frente a una eventual propagación de la gripe porcina, luego de que el número de casos aumentara a 8.¹²³

Para evitar que se detectara el primer caso en España, la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez, pidió a los españoles que evitasen viajar a México y pospongan su viaje si no es estrictamente necesario por una causa mayor, para evitar la propagación del virus de la gripe A (H1N1).¹²⁴ Más tarde el mismo día que se confirmara el primer caso en España, el Reino Unido anunció sus dos primeros casos de la nueva gripe, cuando dos turistas escoceses acababan de regresar de un viaje de México, convirtiéndose en el segundo país de Europa en ser afectado por la enfermedad. Estas personas volvieron de un viaje de México el 21 de abril con síntomas leves de gripe, por lo que fueron internados en el hospital escocés

¹²¹ "Surinam registra sus primeros 13 casos de gripe AH1N1", El Universal Caracas, http://deportes.eluniversal.com/2009/06/15/amun_ava_surinam-registrasus_15A2390887.shtml, Recuperado el 22 de junio de 2009.

¹²² Steve Kingstone, "Gripe porcina en Europa", BBC Mundo, http://www.bbc.co.uk/mundo/aprenda_ingles/2009/04/090427_aprenda_griporcina.shtml, Recuperado el 2 de mayo de 2009.

¹²³ Agencias, "Una experta destaca que España está bien preparada para afrontar la gripe porcina", Diario de Navarra, http://www.seepidemiologia.es/webfinal/descargas/prensa/diariodenavarra_260409.pdf, Recuperado el 30 de abril de 2009.

¹²⁴ DPA, "Naciones de Europa y de América Latina suspenden o desaconsejan viajes a México", La Jornada, 29 de abril de 2009, p. 38.

de Airdrie, cerca de Glasgow, Escocia por precaución, pese a que no habían viajado a las áreas afectadas por los brotes.¹²⁵

El virus siguió propagándose en otros países del mundo como en Asia, la ministra de Sanidad de Francia, *Roselyne Bachelot* confirmó el 1 de mayo los dos primeros casos de personas infectadas con la cepa de gripe A (H1N1). Los primeros infectados de Francia se trataron de un hombre de 49 años ingresado en el Hospital Bichat de París y de una mujer de 24 años hospitalizada en la *Pitié Salpêtrière*, también en París.¹²⁶

La gripe A(H1N1) llegó a Alemania el 29 de abril. La persona infectada fue de Ratisbona, en el norte de Múnich. El 1 de mayo, el Instituto Robert Koch confirmó el primer caso de transmisión de humano a humano de la nueva gripe en Múnich. La gripe siguió propagándose por toda Europa llegando a Italia el 9 de mayo,¹²⁷ mientras que Grecia confirmó el 18 de mayo el primer caso de gripe A (H1N1) en un ciudadano griego que regresó de Estados Unidos.¹²⁸ En cambio Portugal confirmó su primer caso el 5 de mayo en una mujer de 31 años que regresó a Portugal desde México, y los análisis de laboratorio confirmaron que ella había contraído la gripe A(H1N1) cuando estaba en México.¹²⁹

Las primeras muertes provocadas por la pandemia de gripe A en Europa se dieron en el Reino Unido el 14 de junio; el paciente era de Escocia.¹³⁰ También fue la primera muerte a consecuencia de la cepa de influenza A(H1N1) que es reportada fuera del continente americano por la Organización Mundial de la Salud en

¹²⁵ EFE, "Influenza Inglaterra confirma dos casos", El Universal, 28 de abril de 2009, p. A12.

¹²⁶ Reuters, "Francia confirma casos por virus", CNN Expansión, <http://www.cnnexpansion.com/noticias/2009/05/01/francia-confirma-casos-por-virus>, Recuperado el 5 de mayo de 2009.

¹²⁷ Notimex, "Confirma Italia primer caso de influenza, un hombre ya recuperado", *La Crónica de hoy*, 2 de mayo, 2009, p. 20.

¹²⁸ AFP, "Miembros de la OMS piden al organismo decretar la alerta 6", *La Jornada*, 18 de mayo de 2009, p. 8.

¹²⁹ Reuters, "Confirma Portugal primer caso de gripe H1N1", *Excélsior*, 04 de mayo de 2009, p. 4.

¹³⁰ Reuters, "Escocia registra primera muerte por H1N1 en Europa", *Revista Opción*, <http://www.revistaopcion.com/web/2009/06/15/escocia-registra-primera-muerte-por-h1n1-eneuropa>, Recuperado el 25 de junio de 2009.

Ginebra, o los Centros Europeos para el Control de Enfermedades en Estocolmo, quienes son los organismos que identifican e informan sobre las muertes relacionadas con la gripe A(H1N1) en todo el mundo.

Por su parte, España fue el segundo país europeo en reportar muertes el 29 de junio: murió la primera persona contagiada por el virus A(H1N1) se trató de una joven de 20 años, que murió tras dar a luz;¹³¹ el 4 de julio se produjo la cuarta muerte.¹³² Mientras que Hungría el 22 de julio se convirtió en el tercer país europeo en confirmar fallecimientos por la gripe A(H1N1).¹³³

ÁFRICA

El primer caso de la gripe A(H1N1) fue descubierto en el Cairo, Egipto, el 2 de junio, en una niña de 12 años que regresaba de los Estados Unidos con su madre. Sólo la niña fue infectada, y los oficiales se dieron cuenta antes que saliera del aeropuerto. Un segundo y tercer caso fue descubierto el 7 de junio, estudiantes de la Universidad Americana de El Cairo. El segundo caso fue descubierto el domingo 7 de junio.¹³⁴

Pese a las medidas precautorias del gobierno egipcio, los casos de gripe A (H1N1) siguieron en aumento, hasta el 19 de julio cuando las autoridades egipcias reportaron la primera muerte en el país, convirtiéndose en la primer víctima por la gripe A (H1N1), en África.¹³⁵

La gripe A afectó hasta el 31 de julio a 20 países africanos: Egipto, Marruecos, Sudáfrica, Etiopía, Algeria, Túnez, Cabo Verde, Costa de Marfil, Kenia, Mauricio,

¹³¹ Reuters, EFE, "Cesárea a víctima de influenza", *Excélsior*, 2 de Julio, 2009, p. 4.

¹³² Reuters, "Muertes por gripe H1N1 en España se elevan a cuatro", *El Economista*, 16 de julio de 2009, p. 10.

¹³³ Reuters, "Hungría confirma primer caso nueva cepa gripe H1N1", *El Economista*, 29 de mayo de 2009, p. 14.

¹³⁴ Reuters, "Egipto aísla residencia universitaria por A H1N1", *El Universal*, 9 de junio de 2009, p.A8.

¹³⁵ EFE, "Registra Egipto primera muerte por influenza", *Excélsior*, 19 de julio de 2009, p. 4.

Uganda, Libia, Seychelles, Tanzania, Botswana, Sudán, Namibia, Zambia, Suazilandia y Gabón.

ASIA

La pandemia de gripe A (H1N1) en Asia tiene (desde el 31 de julio de 2009) al menos 33.793 personas infectadas, con varias muertes confirmadas en: Tailandia, Filipinas, Brunéi, Singapur, Laos, Malasia, Indonesia, Israel, Arabia Saudita, Taiwán y Líbano.

El 1 de mayo, se reportó el primer caso confirmado de gripe A en Hong Kong, siendo el primero de Asia, después de haber sido positivo en la prueba hecha por la Universidad de Hong Kong y el Departamento de Salud de Hong Kong.¹³⁶

Otro país afectado fue Arabia Saudita, el 27 de julio, cuando el Ministerio de Sanidad afirmó en un comunicado la aparición de la primera víctima, un hombre de treinta años, ingresado en un hospital en la ciudad de Damman, en el este de Arabia Saudí. El segundo deceso ocurrido por la gripe A(H1N1), fue el de una mujer indonesia de 28 años de edad, quien fue internada el 27 de julio en el hospital central Damman, dijo el ministerio.¹³⁷

El 23 de mayo, se registraron al menos 18 casos de gripe A(H1N1) en Kuwait, en los cuales estaban soldados estadounidenses. Los soldados recibieron tratamiento en una base militar estadounidense, y algunos abandonaron el país. La embajada de Estados Unidos indicó que se han confirmado "de manera provisional" algunos

¹³⁶ Valadéz, Moisés, "Hong Kong y Corea del Sur registran los dos primeros casos en el continente", Radio Quintana Roo, <http://radioquintanaroo.com/hong-kong-y-corea-del-sur-registran-los-dos-primeros-casos-en-el-continente/>, Recuperado el 15 de mayo de 2009.

¹³⁷ Reuters, "Arabia Saudita reporta primera muerte por influenza H1N1", *El Universal*, 28 de julio, 2009, p. A24.

casos, pero no añadió detalles. Aseguró que los soldados no tuvieron contacto alguno con la población de Kuwait.¹³⁸

De todos los países asiáticos afectados, Tailandia tiene la mayor cantidad de casos confirmados.¹³⁹

OCEANÍA

Los primeros casos reportados en Oceanía se dieron en Nueva Zelandia el 28 de abril, luego de que los laboratorios confirmaran 11 casos y otros 43 sospechosos. Australia fue el segundo país en Oceanía en registrar el primer caso de gripe A(H1N1) en una mujer australiana que había volado a la capital del estado de Queensland: Brisbane, desde Los Ángeles.

El 30 de mayo, Nueva Zelandia tenía 9 casos de laboratorios confirmados y 10 casos probables, los cuales todos se habían recuperado. En todo el mes de junio los casos en Nueva Zelandia aumentaron drásticamente. El 14 de junio, el Ministerio de Salud anunció un incremento del 65% en tan sólo 24 horas. El 4 de julio, el Ministerio anunció la primera muerte en Nueva Zelandia, aumentando a 11 el número de muertes el 21 de julio.¹⁴⁰

Los casos de gripe A(H1N1) detectados en Australia superaron los 10.000 casos en la segunda semana de julio, lo que significa que el diez por ciento de la cifra mundial de enfermos confirmada por la Organización Mundial de la Salud se encontraba en este país.¹⁴¹

¹³⁸ AFP, REUTERS, “Confirma Kuwait los primeros casos de influenza A en la región del golfo Pérsico”, *La Jornada*, 24 de Mayo de 2009, p. 27.

¹³⁹ EFE, “Confirma Tailandia 65 muertes por gripe A”, *El Financiero*, 29 de julio de 2009, p.13.

¹⁴⁰ Reuters, “Anuncian en Nueva Zelanda primeras muertes relacionadas por Influenza”, *Milenio diario*, 04 de julio de 2009, p. 33.

¹⁴¹ 46 Muertos por gripe A en Australia. Radiotrece noticias 1290 am. Conductor Diane Pérez. Viernes 24 de Julio de 2009. 03:47 Horas.

Al 21 de julio, las muertes en Oceanía seguían aumentando al reportar Australia 37 muertes confirmadas, mientras que en Nueva Zelandia aumentaron a 11 el número de víctimas fatales y 1 en Tonga.¹⁴²

ISLAS

El 15 de junio se reportaron los primeros casos en las islas del Pacífico: uno en las Islas Salomón y otra en Samoa; mientras que el 15 de julio se reportó el primer caso en Tonga y el 24 de junio se confirmaron 5 casos en Fiji y 1 en Vanuatu.¹⁴³

2.3.2 ACCIONES ADOPTADAS POR LOS DISTINTOS GOBIERNOS

En mayor o menor grado, con el propósito de enfrentar la epidemia, ahora pandemia, del virus A (H1N1), los gobiernos empezaron a tomar precauciones para prevenir la propagación de la enfermedad en sus territorios.

La responsabilidad del manejo del riesgo de una pandemia de influenza es de las autoridades nacionales, jurisdiccionales y locales. Su misión consiste en hacer el mejor uso de los recursos disponibles, optimizando el funcionamiento de los servicios esenciales, previniendo la ocurrencia de situaciones de emergencia secundarias y reduciendo las repercusiones económicas y sociales que trae consigo dicha situación.

Por tanto, algunas de las medidas tomadas por los distintos gobiernos fueron:

1.- Aumento de la vigilancia en los centros de salud.

¹⁴² Reporta OMS más de 700 muertos por influenza. Radiotrece noticias 1290 am. Conductor Javier Solórzano. Martes 21 de julio de 2009. 9:32 Horas.

¹⁴³ Se propaga influenza a lugares remotos del mundo: OMS. Radiotrece noticias 1290 am. Conductor Eduardo Salazar, lunes 27 de julio de 2009. 14:07 Horas.

En muchos países, han aumentado los recursos para el sector salud previstos en sus presupuestos nacionales, con el único fin de, procurar la eficiencia y el máximo aprovechamiento de los recursos, aspirando a mejorar los resultados sanitarios y fortaleciendo la capacidad de respuesta ante la situación de emergencia sanitaria actual.

2.- Difusión masiva por los distintos medios de comunicación del curso de la situación y de las medidas precautorias recomendadas por cada gobierno y por la Organización Mundial de la Salud.

Para enfrentar el problema sanitario internacional, fue precisó la comunicación, a fin que la población se mantuviese informada y conociere las medidas preventivas empleadas por sus respectivas autoridades.

3.- Vasta campaña de inmunización

En algunos países fueron utilizadas varias dosis de *Tamiflu* en reserva y otros antivirales a fin de evitar la expansión del virus en la población. Sin embargo, es bien sabido que hasta el momento, no existen medidas preventivas específicas efectivas, vacuna específica para esta cepa, que eviten la propagación del virus A H1N1.

No obstante, se continúa insistiendo en las investigaciones a fin de encontrar la vacuna contra el virus A(H1N1). A pesar de ello muchos países han encargado cierto número de dosis de la vacuna. Estados Unidos, país más afectado con 263 casos mortales, han encargado 10 millones de dosis de vacunas para distribuir las de aquí a mediados de octubre. México, el país donde se detectaron los primeros casos y en el que han muerto ciento de personas desde finales de marzo ha ordenado 20 millones de vacunas para ser aplicadas en diciembre en este país con 100 millones de habitantes. Chile, donde han muerto 79 personas y se han contagiado más de 11.000, adquirirá seis millones de dosis de vacuna contra la

gripe porcina. Londres realizó un pedido de 132 millones de dosis de vacuna. El gobierno español, pidió unos 37 millones de vacunas para inmunizar al 40% de la población. Francia que no ha registrado casos mortales ha encargado 94 millones de dosis de vacuna contra la gripe A con opción a otras 36 millones adicionales, las cuales deberían estar disponibles de aquí a octubre. Hungría, país donde solo ha ocurrido una muerte, encargó cuatro millones de dosis de vacunas. Japón dispone de *Tamiflu* y *Relenza* para 38 millones de pacientes, un tercio de su población, y debería producir unos 17 millones de dosis de vacuna contra la gripe porcina en 2009.¹⁴⁴

4.- Dotación de cubre bocas o mascarillas como medida preventiva de contagio.

Con el fin de evitar el contagio, en México, el gobierno movilizó soldados a fin de repartir cubre bocas a los ciudadanos alrededor de la Ciudad de México, especialmente en las estaciones del sistema de transporte metro. Asimismo, el 28 de abril la Secretaría de Transportes y Vialidad del Distrito Federal, a través su Secretario, Armando Quintero, informó que era obligatorio que los conductores de taxis y microbuses utilizaran cubre bocas y guantes, con penalización de ser remitidos al corralón.

De forma similar, en Nicaragua, el movimiento nacional de taxistas determinó que los conductores debías utilizar mascarillas para evitar inoculaciones entre sus pasajeros¹⁴⁵.

5.- Cierre temporal de escuelas, a fin de evitar el contagio masivo en ese grupo de riesgo.

¹⁴⁴ Argentina, "La OMS difundió las medidas que cada país adoptó contra le gripe A", *Diario La Prensa*, <http://www.laprensa.com.ar/Mobile/338137-La-OMS-difundio-las-medidas-que-cada-pais-adopto-contra-le-gripe-.note>, Recuperado el 1 de agosto de 2009.

¹⁴⁵ Morales, Roberto, "Taxistas utilizarán mascarillas", *La Prensa Nicaragua*, <http://www.la-prensa.com.ni/archivo/2009/junio/10/noticias/ultimahora/332279.shtml>, Recuperado el 10 de junio de 2009.

Ante la presencia de contagios de virus A(H1N1) en centros educativos, la medida fue acogida en México durante la alerta de abril y mayo del presente año. Asimismo, el Salvador optó por el cierre temporal de escuelas por 12 días;¹⁴⁶ Nicaragua ordenó el cierre de doce centros educativos;¹⁴⁷ en Guatemala se estableció el receso de medio año para los centros educativos públicos y privados de todos los niveles;¹⁴⁸ Japón implantó el cierre temporal de 750 centros educativos¹⁴⁹. Por su parte, Alemania, caso de escuela japonesa,¹⁵⁰ Panamá¹⁵¹ y Argentina,¹⁵² también optaron por dicha medida. En países como Perú,¹⁵³ Paraguay,¹⁵⁴ Costa Rica,¹⁵⁵ dicha medida varió, adelantando las vacaciones en vez de implantar la suspensión de clases.

6.- Cancelación de eventos deportivos.

Como ejemplo inédito nunca antes visto en el fútbol, por decisión de la Federación Mexicana de Fútbol y de los respectivos equipos, fueron realizados a puerta cerrada los partidos de Pumas-Guadalajara, América-Tecos y Pachuca-Cruz Azul. También en cuanto al deporte, el 27 de abril se declaró la suspensión oficial de la

¹⁴⁶ Reuters, "Ordena El Salvador cierre de escuelas por influenza", *El Universal*, 22 de julio de 2009, p. A24.

¹⁴⁷ Notimex, "Llega 115 cifra de contagios de influenza en Nicaragua", *Excelsior*, 16 de junio de 2009, p.5.

¹⁴⁸ Sandoval, R., "El lunes comienzan las vacaciones de los escolares", *El Periódico Guatemala*, <http://www.elperiodico.com.gt/es/20090610/pais/103396/>, Recuperado el 10 de junio de 2009.

¹⁴⁹ Ordena Japón cierres de escuelas por repunte de casos de influenza humana. Once Noticias. Reportero: Redacción Once Noticias. Lunes 18 de mayo del 2009, Adriana Pérez Cañedo 21:00 hrs.

¹⁵⁰ Reuters, "Un colegio de Alemania tiene 27 casos confirmados de gripe H1N1", *El Economista*, 9 de Agosto de 2009, p. 15.

¹⁵¹ Diario Montevideo, "Panamá: cierre temporal de 3 escuelas por gripe porcina", *El País*, http://www.diariomontevideo.com/_n674231_panamC3833A_cierre_temporal_de_3_escuelas_por_gripe_porcina.html, Recuperado el 12 de mayo de 2009.

¹⁵² Redacción, "En Argentina se intensifican las medidas de prevención de la gripe A", *La Prensa Bolivia*, [http://www.laprensa.com.bo/noticias/02-07_09/ultimas.php?n_a_c=internacional_020709_164912.inc&seccion=1&titulo=En Argentina se intensifican las medidas de prevenci%F3n de la gripe A](http://www.laprensa.com.bo/noticias/02-07_09/ultimas.php?n_a_c=internacional_020709_164912.inc&seccion=1&titulo=En%20Argentina%20se%20intensifican%20las%20medidas%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20gripe%20A), Recuperado el 9 de julio de 2009.

¹⁵³ DPA, "Perú adelanta vacaciones escolares por gripe H1N1", *El Universal*, 10 de julio de 2009, p. A10.

¹⁵⁴ Reuters, "Prolongará Paraguay vacaciones de invierno por influenza", *Excelsior*, 16 de julio de 2009, p. 5.

¹⁵⁵ Villegas, Jairo, "Salud ordena extender vacaciones por pandemia", *Periódico La Nación Costa Rica*, http://www.nacion.com/ln_ee/2009/julio/14/pais2026414.html, Recuperado el 16 de julio de 2009.

Olimpiada Nacional en México, la cual había comenzado el 21 de abril en Mexicali.¹⁵⁶ La CONCACAF, de igual manera, decidió aplazar, indefinidamente, el partido de vuelta por la final de la Liga de Campeones de la CONCACAF 2008-2009 entre Cruz Azul y Atlante, y dar por concluido el Campeonato Sub-17 de la CONCACAF de 2009 que se disputaba en Tijuana.¹⁵⁷ Aunado a lo anterior, la jornada 16 del Torneo Clausura se jugó a puertas cerradas, así como los juegos de la Liga Mexicana de Beisbol.¹⁵⁸

Otro país que llevó a cabo esta medida preventiva fue Panamá, quien exigió la realización de eventos deportivos a puertas cerradas.¹⁵⁹

7.- Suspensión de actos públicos y cierre de establecimientos públicos de reunión.

En México, el Presidente Felipe Calderón declaró una emergencia que le concedió la facultad de suspender actos públicos y dictar cuarentena. Por tanto, el Auditorio Nacional canceló conciertos programados para el día 24 y 25 de abril.¹⁶⁰

Igualmente, se suspendieron más de 500 actividades públicas programadas por el Gobierno del Distrito Federal proyectadas para el 24 al 26 de abril.¹⁶¹ La cadena de cines Cinemex cerró sus complejos hasta el día 28 de abril al igual que la cadena Cinépolis.¹⁶² A partir del sábado 25 de abril se dio la instrucción de cerrar los restaurantes localizados en la zona hotelera de Polanco, las Lomas de Chapultepec, Santa Fe y Bosques de las Lomas, colonias localizadas en las

¹⁵⁶ Notimex, "Paralizado, el deporte en México", Esto, 27 de abril de 2009, p. 9.

¹⁵⁷ Notimex, "Concacaf pospone final Atlante-Cruz Azul", El Universal, 27 de abril de 2009, p.D9.

¹⁵⁸ Notimex, "A puerta cerrada toda la Jornada 16 del Clausura 2009", El Universal, 28 de abril de 2009, p. D6.

¹⁵⁹ Y. Barría, Zabdy, "Fanáticos inconformes por partido a puertas cerradas", La Prensa Panamá, http://mensual.prensa.com/mensual/contenido/2009/05/14/uhora/local_2009051417395382.asp, Recuperado el 14 de mayo de 2009.

¹⁶⁰ Redacción, "Cancelan conciertos en el Auditorio Nacional", Periódico Récord, 24 de abril de 2009, p. 40.

¹⁶¹ Cuenca, Alberto, "Influenza GDF suspende actos públicos programados", El Universal, 24 de abril de 2009, p. A8.

¹⁶² Silva, Gustavo, "Influenza Cinemex anuncia cierre de sus complejos", El Universal, 26 de Abril de 2009, p. E3.

delegaciones Álvaro Obregón, Cuajimalpa y Miguel Hidalgo, cerrando una cantidad superior a 2,700 restaurantes y discotecas con capacidad superior a 200 personas a lo largo de la ciudad. Con fecha 28 de abril, el Gobierno del Distrito Federal ordenó el cierre de todos los restaurantes, permitiendo únicamente la modalidad de "comida para llevar" o "room service", en caso de ser restaurantes de hoteles, hasta el 5 de mayo, esto en medio de controversias con el gremio, dadas las pérdidas económicas previstas.¹⁶³

A esta reacción, Bolivia se unió suspendiendo gran cantidad de espectáculos públicos.¹⁶⁴

8.- Intermisión de reuniones de índole religioso.

La Arquidiócesis de la Ciudad de México suspendió todas las misas a celebrarse en las iglesias católicas del área Metropolitana, llevándose a cabo únicamente una ceremonia a puerta cerrada en la Catedral Metropolitana, oficiada por Norberto Rivera Carrera, Arzobispo primado de México, misma que fue transmitida por radio a la población a través de Radio Centro 1030 AM, en la cual se rezó por la epidemia en México.¹⁶⁵ Por su parte, en Costa Rica, con el fin de evitar un contagio masivo, el Ministerio de Salud, en acuerdo con la Iglesia Católica, prohibió realizar la romería hacia la Basílica de Nuestra Señora de los Ángeles, patrona de Costa Rica, que se realiza el día 1 de agosto desde hace 227 años.¹⁶⁶

¹⁶³ Méndez, Verónica. "Decretan cierre parcial de restaurantes en DF". W Radio, Hoy por Hoy, Conductor Leon Krauze 28 de abril de 2009. 14:00 a 16:00 hrs.

¹⁶⁴ EFE, "Piden suspender concierto de Daddy Yankee en Bolivia", Terra Noticias México, http://mx.news.yahoo.com/s/ap/090706/latinoamerica/ams_med_gripe_porcina_bolivia, Recuperado el 10 de julio de 2009.

¹⁶⁵ Notimex, "Influenza Iglesia suspende misas en DF", El Universal, 25 de abril de 2009, p. A6.

¹⁶⁶ Matute, Ronald, "Cancelación de romería rompe tradición de 227 años", La Nación Costa Rica, http://www.nacion.com/ln_ee/2009/julio/21/pais2034375.html, recuperado el 22 de julio de 2009.

9.- Extrema vigilancia en aeropuertos, puertos o zonas fronterizas.

El 28 de abril, el gobierno argentino, decidió suspender durante una semana los vuelos entre Argentina y México por diecisiete días, lo cual permitió la instalación de infraestructura sanitaria necesaria para enfrentar la crisis sanitaria; además, armó un control de crisis con el cual refuerza el control en las fronteras.¹⁶⁷ En el Perú,¹⁶⁸ Colombia¹⁶⁹ y en Filipinas, se optó por medidas de vigilancia y control, extendiéndose a todos los vuelos, aeropuertos, puertos marítimos y terrestres, sin olvidar los controles fronterizos.

Jamaica aumentó su vigilancia en el puerto de entrada. Gobiernos de Bolivia, Francia y China, tomaron mayores medidas preventivas reforzando el control en aeropuertos, terminales y puntos fronterizos, aislando casos sospechosos. Corea del Sur, Japón, Australia y Líbano, monitorean y controlan arribos a aeropuertos con cámaras de temperatura.

Por su parte, el gobierno de Azerbaiyan aplicó barreras de desinfección en los puntos de control fronterizo con Rusia, y el gobierno de Egipto, aumento el número de médicos el aeropuerto.

Con toda esta extrema vigilancia algunos gobiernos han hecho la recomendación de no movilizarse al exterior a menos que fuese extremadamente necesario. Ejemplo de ello es Panamá, Francia, Corea del Sur, Hong Kong, China, Líbano, Australia.¹⁷⁰

¹⁶⁷ AP, "Argentina suspende vuelos desde México", *El Universal*, 28 de abril de 2009, p. A12.

¹⁶⁸ DPA, "Perú, mayor control aeropuertos y activa plan contra influenza", *Vanguardia Coahuila*, <http://www.vanguardia.com.mx/XStatic/vanguardia/template/content.aspx?se=nacional&su=influenza&id=341403&te=nota>, Recuperado el 28 de abril de 2009.

¹⁶⁹ Reuters, "Colombia extrema vigilancia por brote influenza México", *Excélsior*, 24 de abril de 2009, p. 5.

¹⁷⁰ Redacción, "El brote de influenza es impredecible: OMS", *El Universal*, 27 de abril de 2009, p. A13.

2.3.3 COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL COMBATE DE LA PANDEMIA

México como país incipiente del virus de influenza humana A(H1N1), ha logrado colaborar con información de la cepa del virus, contribuyendo a la investigación de la vacuna. El presidente de México, Felipe Calderón Hinojosa hizo entrega oficial de la información a la organización Mundial de la Salud y a la Organización Panamericana de la Salud.¹⁷¹

Siguiendo esta línea de apoyo, los días 2 y 3 de julio del 2009 el gobierno de México convocó a la Organización Mundial de la Salud y a ministros, secretarios y encargados de la salud a una cumbre mundial realizada en Cancún, Quintana Roo para analizar el tema de la Influenza a nivel mundial.¹⁷²

Por su parte y en apoyo a México, el 26 de abril, el Banco Mundial anuncio US\$ 25 millones de inmediato, un adicional de 180 millones para asistencia a largo plazo para hacer frente a los brotes, y asesoramiento sobre cómo otras naciones han respondido a crisis similares.¹⁷³ Del mismo modo, China envió a México un cargamento con ayuda humanitaria para combatir la influenza valorado en cuatro millones de dólares, el cual incluyó cubre bocas normales y de alta eficiencia, ropa desechable quirúrgica, guantes de látex y otros enseres; conjuntamente La Secretaria de Relaciones Exteriores, Patricia Espinosa, recibió la ayuda en efectivo del embajador de China en México, *Yin Hengmin* que fue de un millón de dólares.¹⁷⁴

¹⁷¹ Discurso. Es el momento de retomar con fuerza la actividad económica del país: Presidente Felipe Calderón Página oficial de la Presidencia de la República. Lunes, 4 de mayo de 2009. <http://www.presidencia.gob.mx/prensa/?contenido=44665>.

¹⁷² Núñez, Andrés, "Cumbre sobre influenza humana en Cancún exitosa e histórica", Excélsior, 3 de julio de 2009, p. 3.

¹⁷³ Notimex, "Autoriza Banco Mundial ayuda por 205 mdd", Milenio Diario, 27 de abril de 2009, p. 36.

¹⁷⁴ Noticieros televisa, China envía ayuda a México para combatir influenza. Gaceta del estado de México, 30 de abril de 2009, p. 4.

Otro país que colaboró con información fue Panamá. El día 20 de mayo, el Instituto Conmemorativo Gorgas, en representación de Panamá entregó a la Organización Panamericana de la Salud las primeras cepas aisladas del virus de la gripe A(H1N1) que han circulado en el país. Con esta acción, se convierte en el segundo país del mundo en entregar las cepas, después de México. Con esta investigación, se descubrió que estas cepas son las mismas que circulan en México y Estados Unidos, por lo que se reconoció que el virus no ha mutado.

Por otra parte, y debido al primer caso de contagio, la Comisión Europea convocó el 27 de abril una reunión urgente de sus ministros de Sanidad, para analizar la situación y acordar un plan de respuesta contra la epidemia.

Ante este riesgo sanitario ignoto, algunos gobiernos se han dado a la tarea de encontrar una vacuna que, de resultado al problema; ejemplo de ello es el gobierno de Argentina quien otorgara subsidios a quien presente proyectos destinados a alcanzar la producción a escala piloto de la vacuna contra el virus A(H1N1). Del mismo modo, Brasil anunció que fabricará su propia vacuna con ayuda de Francia. A la par, una empresa farmacéutica china puso en marcha ensayos clínicos para prever una vacuna contra el virus. En Australia, el CLS Limited, comenzó a producir vacunas de inmunización contra la gripe del virus A(H1N1).

De la misma forma, los laboratorios farmacéuticos se han lanzado en una carrera contrarreloj para producir lo antes posible una vacuna contra la gripe A, para hacer frente a la primera pandemia del siglo XXI. *Novartis* y *Roche* integran el grupo de gigantes farmacéuticos suizos, con presencia en los cinco continentes, que se han lanzado de pleno a la producción de antivirales y vacunas para contrarrestar la pandemia de gripe. El gigante farmacéutico suizo *Novartis* sorprendió a sus competidores al anunciar que ya produjo el primer lote de vacunas contra la

influenza humana, que servirá para estudios o pruebas clínicas y el cual debería estar lista de aquí a septiembre u octubre.¹⁷⁵

El 31 de julio las autoridades de salud de Costa Rica, anunciaron que el país fue seleccionado para formar parte de los ensayos de la vacuna desarrollada por la farmacéutica suiza Novartis. El tamaño de la muestra local será de 784 costarricenses de edades entre 3 y 64 años. Además de Costa Rica, el prototipo de la vacuna será probado también en México y Estados Unidos.

Paralelamente, la farmacéutica francesa Sanofi Pasteur empezó a probar su vacuna contra la influenza A(H1N1) a principios del mes de agosto, en 2,000 personas en Estados Unidos, siendo el tercer laboratorio que realiza ensayos clínicos con este tipo de vacuna.¹⁷⁶

Por su parte, y ante la necesidad mundial de la vacuna, la OMS persiste en las negociaciones con los laboratorios y con los gobiernos para lograr el acceso a todos los países de la vacuna contra el virus A((H1N1)).

2.3.4 REACCIONES NEGATIVAS A CAUSA DE LA PANDEMIA EN EL MUNDO

A causa del surgimiento del contagio de virus A(H1N1) en México, nuestro país se convirtió en pieza clave de las reacciones negativas por parte de otros países, quienes, adoptando previsiones sanitarias para protegerse del contagio, han tomado medidas exageradas, racistas, sensacionalistas y carentes de justificación sanitaria y de bases científicas.

¹⁷⁵ AFP, DPA, "Prueba Novartis primera vacuna contra virus A/H1N1", *La Jornada*, 13 de junio de 2009, p. 20.

¹⁷⁶ Notimex, Sanofi Pasteur prueba vacuna contra H1N1. CNNExpansión. <http://www.cnn.expansion.com/actualidad/2009/08/07/sanofi-pasteur-prueba-vacuna-contra-h1n1>, recuperado el 13 de junio de 2009.

Como prueba de ello podemos citar agresiones y reacciones nocivas en actividades deportivas. En Chile, el futbolista mexicano Héctor Reynoso López del equipo Chivas fue agredido por el futbolista argentino Sebastián Penco del Everton, al que le respondió mientras le escupía, le tosía en la cara por las burlas del jugador argentino. El 6 de junio, de 2009 en El Salvador, durante un partido contra México de la eliminatoria de la CONCACAF para el mundial de fútbol en Sudáfrica, los aficionados salvadoreños utilizaron tapabocas como signo de burla a la epidemia de influenza en México que sufrió el país un mes atrás.

En Colombia se tomó la decisión de que los equipos de fútbol del Chivas y el San Luis no jugaran en la Copa Libertadores 2009. Los equipos fútbol Chivas y San Luis, decidieron retirarse de la Copa Libertadores 2009 y lo que piden es que sean resarcidos los daños económicos; ya que los equipos Sao Paulo de Brasil y el Nacional de Uruguay se negaron a jugar en México. Los miembros de la selección de fútbol Sub 17 de Trinidad y Tobago se han sometido a pruebas de la gripe A(H1N1) después de regresar de la Ciudad de México de un partido de las eliminatorias de la Copa del Mundo sub 17, celebrada en Nigeria este año.

En el aspecto cultural, podemos mencionar el caso específico de Colombia, donde se suspendieron eventos de artistas mexicanos.

En cuanto a reacciones discriminatorias, podemos referimos a la actitud tomada por Israel, país donde se nombra a la enfermedad como influenza mexicana, lo cual tuvo fuertes impactos de discriminación hacia los mexicanos en otros países. Haití, rechazó ayuda humanitaria proveniente de México por causa de la epidemia de Influenza. El caso de China donde se aisló sin justificación a un grupo de mexicanos en un hotel de Hong Kong. El caso de Singapur donde fue decretado visa obligatoria a los ciudadanos mexicanos y encarcelamiento a aquellos que se nieguen a una inspección sanitaria. De igual forma, Singapur rechazó el desembarque de pasajeros mexicanos que vacacionaban por países asiáticos. Por su parte, y a causa del nerviosismo suscitado por la gripe A(H1N1), en el

Aeropuerto de París-Orly los encargados del equipaje se negaron a recoger maletas provenientes de México y España por miedo a la epidemia de la influenza.

Otra situación grave es la que enfrentaron los emigrantes mexicanos que se encuentran en situación irregular, en los EE.UU., a quienes a pesar de residir en ese país desde meses y años antes de la epidemia y de no haber estado en México en mucho tiempo, se les maltrató como portadores del virus, no por estar infectados, sino por el simple hecho de ser mexicanos. Se reportaron incluso casos de nacionales mexicanos con estancia legal en EE.UU. que también son víctimas de actitudes discriminatorias.

A este tenor, en el ámbito diplomático, citamos el caso del ex-presidente Fidel Castro, quien acusó al Gobierno de México de haber mentido y encubierto la aparición de la epidemia, condenando que era un atentado contra las naciones latinoamericanas. Sin embargo, en una segunda oportunidad, el ex presidente, volvió a acusar a México, atribuyendo responsabilidad también a Estados Unidos y Canadá.

Lo mismo sucedió en el ámbito comercial, donde varios países tomaron la medida de suspender vuelos comerciales hacia México. En países que no tomaron dicha medida, se llegó al punto de en vez de buscar enfermos se buscaba simplemente a mexicanos o personas llegadas de ese país, en cualquier fecha, como si se tratara de portadores de un virus étnico, llegando incluso a imponerse un periodo de siete de días de cuarentena a todos los visitantes mexicanos. Igualmente, se reportaron casos como el de la familia mexicana que sin estar enferma fue sacada de un hotel en China e internada, pasajeros mexicanos puestos en cuarentena, tripulaciones de aeronaves a las que no se permite desembarcar, etc.

Así mismo, sin justificación alguna y en contra de las advertencias de la Organización Mundial de la Salud, en determinados países se ha restringido el comercio porcino y la importación de productos cárnicos procedentes de España,

México, Estados Unidos y Bolivia. No obstante, ninguna de las organizaciones que estudian el asunto, desde la OMS a la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (*EFSA* en inglés), ha encontrado ninguna causa que desaconseje consumir carne de cerdo, siempre que esté cocinada. “La EFSA no tiene constancia de ninguna evidencia científica que sugiera que los virus de la gripe puedan transmitirse a humanos a través del consumo de carne de cerdo o de sus derivados”, afirma el organismo.

Otro caso extremo se originó en Egipto y Sudan, donde como parte de las medidas adoptadas para evitar el contagio, todos los cerdos que se encontraban en criaderos fueron sacrificados, situación que la Organización Mundial de la Salud lo llamó como "científicamente injustificable".

Finalmente, nos damos a la tarea de alarmantes en su audiencia, mencionar el papel de los medios de comunicación, quienes en ocasiones, han difundido opiniones discriminatorias o bien han distorsionado la información al punto de provocar reacciones negativas o alarmantes en su audiencia.

**DESEMPEÑO DE
LA OMS
ANTE LA CRISIS
PANDÉMICA DEL
VIRUS A (H₁N₁)**

CAPÍTULO 3. DESEMPEÑO DE LA OMS ANTE LA CRISIS PANDÉMICA DEL VIRUS A (H1N1)

Al principio, cuando hay incertidumbre y no hay pruebas científicas, los gobiernos están bajo grandes presiones para tomar decisiones y siempre son criticados por actuar de menos o actuar de más, pero con el tiempo, después de los hechos, entonces uno puede juzgar.
177

MARGARET CHAN

Para poder evaluar o calificar el desempeño de la Organización Mundial de la Salud ante el Virus A(H1N1) es necesario revisar la constitución del misma. De esta manera podremos analizar la actuación del organismo y determinar si actuó a tiempo y eficazmente.

Hay que reconocer que la OMS tiene el objeto de ayudar a los Estados Miembros, líderes de salud pública y médicos para que el impacto de una pandemia se reduzca. En el caso específico de la gripa tipo A(H1N1) la principal acción fue la de coordinar las acciones de los Estados afectados por la pandemia.

Todos tienen una opinión, desde el punto de vista político, social o económico, sobre las acciones de la Organización Mundial de la Salud pero hay que considerar que todavía no se tiene a ciencia cierta todas las respuestas sobre el virus, por lo cual hay muchos retos que resolver.

¹⁷⁷ Notimex, “La directora general de la OMS, Margaret Chan en entrevista”, <http://www.cnn.expansion.com/especiales/brote-de-influenza-en-mexico>, Recuperado el 11 agosto de 2009.

3.1 INTERVENCIÓN ANTE LA CRISIS

La intervención de la OMS destacó por la cooperación y coordinación que propició entre naciones. En este caso en específico, como respuesta a los casos de gripe porcina A(H1N1) notificados en México y los Estados Unidos de América, la Directora General de la OMS convocó a una reunión del Comité de Emergencias para que evaluara la situación y la asesorara con respecto a las respuestas apropiadas.

La primera reunión del Comité de Emergencias se celebró el sábado 25 de abril de 2009. Compuesta por expertos internacionales en diversas disciplinas, ésta se ha establecido de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Tras examinar los datos disponibles acerca de la situación actual, los miembros del Comité identificaron una serie de vacíos en los conocimientos actuales sobre las características clínicas, epidemiológicas y virológicas de los casos notificados y sobre las respuestas apropiadas.

Según el Comité, para facilitar su labor es necesario obtener varias repuestas a cuestiones concretas. No obstante, el Comité y la Directora General *Margaret Chan* acordaron que la situación actual constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, por lo estipulado en el Reglamento. Se recomendó a todos los países intensificar la vigilancia de brotes inusuales de síntomas gripales y neumonía grave.

3.2 POSTURA INSTITUCIONAL

La postura institucional de la OMS se remitió al: “Plan mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza”, el cual, reemplaza el documento

Influenza pandemic plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning, publicado por la OMS en 1999.

Resumen de las modificaciones más importantes al plan de la OMS de 1999

En el nuevo documento:

1. Se redefinen las fases pandémicas a partir de la necesidad de modificar las medidas de salud pública:

a) Abordando los riesgos que plantea para la salud humana la infección en los animales.

b) Se debe utilizar una evaluación del riesgo que considere múltiples factores como base para el movimiento entre las fases.

c) Procurar un retroceso entre las fases que corresponda a la reducción de los riesgos de salud pública.

2. Debe concederse especial atención a las fases tempranas, porque una intervención rápida puede contener o retardar la propagación de un subtipo nuevo del virus de la influenza en los seres humanos.

Tales medidas comprenden la vigilancia incrementada y la aplicación de intervenciones de salud pública no farmacológicas y la eventual constitución de una reserva mundial para la intervención temprana.

3. Se proporcionan objetivos y medidas más específicos para cada fase a la OMS y a las autoridades nacionales.

4. Se ocupa de la coordinación de las medidas recomendadas, con la revisión en curso del Reglamento Sanitario Internacional.

El Plan mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza se elaboró con el objeto de ayudar a los Estados Miembros de la OMS, líderes de salud pública, médicos y encargados de los preparativos para situaciones de amenazas de pandemias de influenza.

A continuación, y de acuerdo al plan mundial de la OMS se presenta una visión general de los objetivos que la OMS adopta y recomienda a las autoridades nacionales a fin de responder a las metas generales prioritarias. Los objetivos se dividen en cinco categorías:

1. Planificación y coordinación.
2. Evaluación y seguimiento de la situación.
3. Prevención y contención, esto quiere decir que habrá una intervención de salud pública no farmacológica.
4. Respuesta del sistema de salud.
5. Comunicaciones.

Los objetivos de la fase uno son previos a la amenaza de pandemia. Dichos objetivos surgen considerando la posible existencia, por un tiempo prolongado, de un virus de influenza con riesgo pandémico, como el subtipo (H5N1), o mejor conocido como SARS o gripe aviar, que persiste desde 2003 en poblaciones avícolas en Asia. También prevé la eventualidad de una coexistencia de episodios con riesgo pandémico, con diferentes grados de amenaza en distintos países,

según fue el caso en 2004 con los brotes avícolas de infección por el (H7N3) en Canadá y por el (H5N1) en Asia.

Fase 1. No se ha detectado ningún subtipo nuevo del virus de la influenza en los seres humanos. Un subtipo del virus de la influenza que ha causado infección o enfermedad en el ser humano puede estar presente o ausente en los animales. Si está presente en los animales, el riesgo de infección o enfermedad para el hombre se considera bajo.

- Promover la elaboración de planes nacionales para la evaluación continua de las repercusiones y de las necesidades de recursos durante el período pandémico. Además de la adquisición de capacidad mundial y nacional para detectar y responder a los informes tempranos sobre nuevas cepas. Así mismo, la adquisición de capacidad mundial y nacional para detectar y responder a los informes tempranos sobre nuevas cepas.
- Fomentar la elaboración y coordinación de planes de preparación, mundiales, regionales y nacionales, contra la pandemia de influenza.
- Abrir la constitución de capacidad mundial y nacional a fin de evaluar los riesgos para los seres humanos, provenientes de los animales y de otras fuentes posibles de infección por las nuevas cepas.
- Coordinar las iniciativas para resolver las dificultades al desarrollo, la producción y el acceso a las vacunas anti pandémicas.
- Regularizar las redes mundiales de vigilancia que observan las tendencias de la infección humana por las cepas estacionales, lanzando advertencias tempranas de las nuevas cepas en los seres humanos y en los animales. Con ayuda de otros colaboradores y organizaciones, por ejemplo, la FAO y la OIE.

- Comenzar la creación de mecanismos para las comunicaciones ordinarias y de urgencia entre las autoridades sanitarias entre sí y con otros colaboradores apropiados a nivel internacional, nacional e infranacional y con el público.
- Entablar relaciones de trabajo conjunto con los medios de información con respecto a la respuesta frente a la epidemia.
- Iniciar el uso acrecentado de la vacuna de la influenza estacional, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS. Conjuntamente, se debe elaborar las estrategias y capacidades nacionales de comunicación de los riesgos, adecuadas para cada fase.
- Proveer el acceso a las recomendaciones actualizadas basadas en datos fidedignos para las posibles intervenciones.
- Mejorar la respuesta internacional a la influenza pandémica, y otras emergencias de salud, creando mecanismos para tomar decisiones y actuar rápidamente, estableciendo la colaboración intersectorial y promoviendo las medidas correspondientes a nivel nacional.
- Elaborar estrategias y procedimientos a fin de coordinar la movilización y el despliegue rápidos de los recursos mundiales hacia los focos de infección, durante un período de alerta pandémica.
- Evaluar las necesidades y concebir estrategias y normas para la constitución, distribución y uso de las reservas mundiales.
- La planificación de urgencia para la respuesta frente a una pandemia de influenza, por parte de los sistemas de atención de salud

En la fase 2, se hace notar la cautela de la OMS, teniendo en cuenta el papel de la investigación científica para la detección, evaluación, preparación y verificación de posibles virus responsables de una pandemia. La planificación intersectorial con colaboradores externos al sistema de salud es de gran importancia en los preparativos contra una pandemia. Entre estos colaboradores se encuentran otras dependencias del gobierno a múltiples niveles (por ejemplo, agricultura, ganadería, transporte, comercio, trabajo, defensa, educación, poder judicial), así como colaboradores del sector privado, como la industria y las organizaciones no gubernamentales.

Fase 2. No se ha detectado ningún subtipo nuevo del virus de la influenza en los seres humanos. Sin embargo, un subtipo del virus de la influenza animal que circula, plantea un gran riesgo para la salud humana.

- Promover el refuerzo de la capacidad de respuesta a fin de hacer frente a los posibles casos humanos. Promover los esfuerzos nacionales para alcanzar un diagnóstico temprano de los casos humanos y una respuesta apropiada del sistema de salud.
- Coordinar la formulación de estrategias y normas para reducir el riesgo de infección humana.
- Obtener y difundir información sobre la propagación en los animales y la transferencia entre las especies.
- Apoyar la detección temprana de la infección humana. Igualmente colaborar en la evaluación del riesgo de transmisión de los animales a los seres humanos.
- Facilitar el acceso a los reactivos para diagnosticar las infecciones humanas.

- Reducir el riesgo de infección humana por exposición a los virus que afectan a los animales. Al mismo tiempo disminuir el riesgo de coinfección en los seres humanos y de este modo reducir al mínimo las oportunidades para el intercambio genético de los virus.
- Considerar la preparación de una vacuna humana contra la nueva cepa.
- Facilitar un rápido intercambio mundial de la información técnica adecuada.
- Verificar que existen mecanismos para coordinar las comunicaciones con la FAO y la OIE y con otros colaboradores internacionales.

La siguiente fase, es más conocida, puesto que fue la que transcurrió en México en el actual caso de epidemia de gripe porcina (llamada así inicialmente). Aunque los objetivos a seguir por parte del organismo debían ser de manera rápida según el plan, observamos que ante una situación de riesgo no se actúa de la forma planeada y algunos puntos sufren cambios o se trasladan a las siguientes fases.

Fase 3. Presencia de infección humana (uno o varios casos) con un subtipo nuevo vírico, pero sin propagación de persona a persona, o como máximo, raros casos de propagación a un contacto cercano. Entre los objetivos se encuentran:

- Reforzar la vigilancia de casos adicionales y la preparación o adaptación de los reactivos de diagnóstico y de las vacunas.
- Comunicarse en forma transparente con el público sobre la posible progresión del brote y las contingencias que pueden preverse.
- Facilitar el rápido intercambio de la información adecuada entre las autoridades de salud, los demás asociados y el público, incluidos los aspectos

conocidos y desconocidos. También se encargan de la planificación para la preparación de la vacuna antipandémica.

- Coordinar la confirmación del caso o de los casos de infección humana.

- Proporcionar asistencia a las autoridades nacionales, en caso de necesidad, para describir las características epidemiológicas, virológicas y clínicas de la infección y las posibles fuentes, y para evaluar el grado de transmisión de persona a persona.

- Evaluar la posibilidad de usar los medicamentos antivíricos en la fase actual y fases posteriores.

- Proveer pautas de orientación a las autoridades nacionales sobre las intervenciones para detectar y responder a los casos humanos. Así mismo, orientación para ejecutar las medidas de prevención o de reducción de la propagación de persona a persona.

- Promover el incremento de las iniciativas nacionales para el reconocimiento y el diagnóstico de los casos y para la aplicación de los planes para situaciones imprevistas con respecto al uso de los recursos de atención de salud.

- Suministrar pautas de orientación para la atención médica y el control de la infección. Al igual del manejo apropiado de las muestras, incluidos los aspectos de bioseguridad y de seguridad.

La coordinación de la OMS a nivel mundial es limitado: notamos que la postura que logra tomar solo es la de mediador. En la entonces epidemia de influenza cada nación siguió una serie de precauciones individualizadas tomando en cuenta intereses económicos, políticos y sociales.

Fase 4. Uno o varios conglomerados pequeños con transmisión limitada de persona a persona, pero con propagación sumamente localizada, lo cual indica que el virus no se adapta bien a los seres humanos. Entre los objetivos descuellan:

- Coordinar las iniciativas mundiales y nacionales para retardar o contener la propagación de la infección humana dentro de focos limitados. A la par hacer la evaluación de las necesidades nacionales y la movilización de recursos entre los países afectados y los no afectados.
- Evaluar el grado de transmisión de persona a persona; de la misma forma valorar la sensibilidad de la nueva cepa y el acceso a los medicamentos antivíricos, y distribuirlos a partir de la reserva mundial, cuando sea necesario.
- Reforzar los métodos adecuados de control de la infección y de bioseguridad en el nivel primario y secundario de atención a la comunidad.
- Facilitar el rápido intercambio de la información apropiada entre las autoridades de salud, otros organismos internacionales y otros colaboradores, incluido lo que se conoce y lo que se ignora.
- Preparar al público y a los asociados para una posible progresión rápida de los acontecimientos y para las posibles medidas para situaciones imprevistas.
- Describir las características epidemiológicas, virológicas y clínicas de la infección y la posible fuente; difundir esta información según sea necesario para las medidas de vigilancia y control.

- Distribuir la vacuna antipandémica a los focos de enfermedad cuando sea oportuno, si se cuenta con ella.
- Proporcionar pautas de orientación para el tamizaje clínico y el tratamiento.
- Reforzar la preparación o adaptación de los reactivos de diagnóstico y las vacunas.
- Apoyar y evaluar las iniciativas mundiales y nacionales para retardar o contener la propagación de la infección humana dentro de focos limitados.
- Promover la preparación y disponerse a la producción de la vacuna antipandémica; al igual deben impulsar las iniciativas de las autoridades nacionales para el uso óptimo de la capacidad de atención de salud, cuando ocurran casos adicionales.

Fase 5. Uno o varios conglomerados más grandes, con transmisión de persona a persona aún localizada, lo cual indica que el virus se adapta cada vez mejor a los seres humanos, pero tal vez no es todavía plenamente transmisible (riesgo pandémico considerable). Los principales objetivos son:

- Coordinar las iniciativas mundiales máximas para retardar o en lo posible evitar una pandemia. Al mismo tiempo, ordena los esfuerzos para limitar la morbilidad y la mortalidad.
- Determinar el riesgo pandémico y la propagación de la enfermedad.
- Actualizar la descripción de las características epidemiológicas, virológicas y clínicas de la infección y la posible fuente y difundir esta información, según sea necesario, para las medidas de vigilancia y de control.

- Proporcionar pautas de orientación sobre la vigilancia nacional de las necesidades del sistema de atención de salud.
- Movilizar y dirigir los recursos mundiales hacia la contención y el control del brote.
- Evaluar la repercusión de las medidas de control.
- Promover las iniciativas de las autoridades nacionales para utilizar en forma óptima la capacidad de atención de salud, cuando ocurran casos adicionales, proporcionando pautas de orientación para los métodos de tamizaje clínico, tratamiento y control de la infección.
- Proveer pautas de orientación sobre el manejo apropiado de las muestras, incluidas la bioseguridad y la de seguridad del transporte.
- Preparar a las autoridades nacionales, los demás asociados y el público en general para una probable progresión rápida de los acontecimientos, para medidas de urgencia adicionales y para perturbaciones en la vida corriente.
- Procurar el rápido intercambio de la información apropiada entre las autoridades de salud, los demás asociados y el público, incluido lo que se conoce y lo que se ignora.

Fase 6. Fase pandémica: transmisión mayor y continuada en la población en general. Es de las más importantes, ya que el riesgo pandémico es inminente para todos los países. Por ende la estrategia mundial de vigilancia y de respuesta es determinada por las repercusiones de la enfermedad dentro de cada Estado. En esta fase resaltan los siguientes objetivos:

- Originar la producción máxima y el uso razonable de los recursos farmacéuticos, por ejemplo, las vacunas y los medicamentos antivíricos.
- Proveer pautas de orientación sobre las formas de optimizar la atención a los pacientes, con la limitación de recursos.
- Proporcionar liderazgo y coordinación mundial para reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad; preservar la eficacia real del sistema de atención de salud; reducir al mínimo la perturbación social; reducir al mínimo la repercusión económica de una pandemia.
- Promover acceso razonable a los recursos finitos, incluidas las vacunas y otros suministros farmacéuticos (cuando se cuenta con ellos).
- Apoyar la evaluación de la eficacia real de las respuestas y las intervenciones específicas.
- Establecer y mantener la confianza entre todas las instituciones y organizaciones y con el público, mediante el compromiso de transparencia y medidas creíbles.
- Extraer enseñanzas de la respuesta frente a la pandemia en curso, con el fin de mejorar la estrategia de la respuesta y contribuir a las planificaciones futuras.
- Vigilar las características epidemiológicas, virológicas y clínicas y el curso y repercusiones de la pandemia a nivel mundial, con el fin de pronosticar las tendencias y optimizar el uso de los recursos finitos.

- Evaluar la eficacia real de las intervenciones utilizadas hasta la fecha con el fin de guiar las intervenciones futuras.
- Mitigar las repercusiones en los países afectados.
- Evaluar y actualizar las intervenciones recomendadas.
- Compartir rápidamente la información apropiada entre las autoridades de salud, los demás asociados y el público.
- Servir como fuente oficial mundial y como punto focal de información creíble en relación con la pandemia.

3.3 DECLARACIONES

La Organización Mundial de la Salud, dentro de la información que dio a todo el mundo, destaca las siguientes declaraciones con relación al virus A(H1N1):

Gripe por A(H1N1)

Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud

Es necesario tomarse muy en serio las pandemias de gripe precisamente por la capacidad que tienen para propagarse con rapidez a todos los países del mundo.

Las medidas adoptadas a raíz de la amenaza de la gripe aviar por H5N1 han sido una inversión, y ahora se está obteniendo el beneficio. Ejemplo de ello es que por primera vez en la historia se pudo seguir la evolución de una pandemia en tiempo real, gracias a los países que están poniendo los resultados de sus investigaciones a disposición del público. Esto facilita la comprensión de la enfermedad.

Es impresionante la labor que se está realizando por parte de los países afectados al afrontar los brotes en curso. Asimismo, se le agradece a los Gobiernos de los Estados Unidos y Canadá por el apoyo que prestan a la OMS y a México.

La OMS y las autoridades sanitarias de los países afectados no tendrán todas las respuestas inmediatamente, pero las obtendrá. Seguirá de cerca la pandemia a escala epidemiológica, clínica y virológica. Los resultados de esas evaluaciones continuas se publicarán en forma de asesoramiento en materia de salud pública, y se pondrán a disposición general.

Todos los países deberán activar de inmediato sus planes de preparación para una pandemia, así mismo, mantenerse en alerta ante posibles brotes inusuales de gripe y de neumonías graves. Las medidas eficaces son la elevación de la vigilancia, la detección, el tratamiento precoz y el control de la infección en todos los centros de salud.

La OMS se ha puesto en contacto con países donantes, con el UNITAID, la alianza GAVI, el Banco Mundial y otras instancias para movilizar recursos, también con empresas fabricantes de medicamentos antivirales para evaluar la capacidad y todas las opciones para aumentar la producción, del mismo modo, con fabricantes de vacunas que pueden contribuir a la producción de una vacuna contra la pandemia.

La gripe puede causar daños leves en los países ricos y enfermedades más graves, con una elevada mortalidad, en los países en desarrollo. Cualquiera que sea la situación, la comunidad internacional deberá considerar estos momentos como una oportunidad idónea para mejorar significativamente la preparación y respuesta.

Es una oportunidad para la solidaridad mundial en la búsqueda de respuestas y soluciones que beneficien a todos los países, a la humanidad entera. Ciertamente, es la humanidad entera la que está amenazada durante una pandemia.

No se justifica la imposición de restricciones a los viajes (1 de mayo de 2009)

La OMS no recomienda que se impongan restricciones a los viajes en relación con el brote de virus gripal A(H1N1). Actualmente, los viajes internacionales son rápidos con un inmenso número de personas en visitas a diversas partes del mundo. Limitar los viajes e imponer restricciones tendría un efecto muy pequeño en la limitación de la propagación del virus, pero sería perturbador para la comunidad mundial.

La gripe A(H1N1) ya se confirmó en muchas partes del mundo. La atención se centra en reducir al mínimo las repercusiones del virus identificando rápidamente los casos y proporcionando a los pacientes la atención médica necesaria, y no tanto en detener la propagación internacional del virus. Aunque la identificación de los signos y los síntomas de la gripe entre los viajeros puede ser una técnica eficaz de vigilancia, no sirve a la reducción de la propagación de la misma, ya que el virus se puede transmitir de una persona a otra antes de que aparezcan los síntomas. Los viajeros se pueden proteger y pueden proteger a los demás siguiendo una serie de recomendaciones sencillas.

Los viajeros de regreso a su lugar de origen que enfermen deben recibir la necesaria atención médica y las personas enfermas deben aplazar los viajes previstos. Estas recomendaciones son medidas prudentes que pueden restringir la propagación, no sólo la de la gripe por A(H1N1), sino de muchas enfermedades.

Gripe por A(H1N1) - Actualización nº 12 (3 de mayo de 2009)

La OMS declara que cuenta con el asesoramiento de expertos internacionales, aportada por epidemiólogos, clínicos y virólogos del Canadá, España, los Estados Unidos de América, México y el Reino Unido. Estos países son los que, hasta la fecha, tienen más experiencia en la vigilancia enérgica de la enfermedad y la detección e investigación de los casos.

Declaración conjunta FAO/OMS/OIE sobre la gripe por el virus A(H1N1) y la inocuidad del cerdo (7 de mayo de 2009)

En relación con la propagación de la gripe por el virus A(H1N1), se ha suscitado la inquietud con la posibilidad de que este virus se encuentre en el cerdo y afecte los productos porcinos. No se tiene constancia de que se pueda transmitir el virus al ser humano por ingestión de la carne o algún producto del cerdo.

La carne de cerdo y los productos porcinos, si se manejan de acuerdo con las prácticas higiénicas que recomiendan la OMS, la Comisión del *Codex Alimentarius* y el OIE, no constituirán un foco de infección, el calor aplicado habitualmente durante la cocción, inactiva inmediatamente cualquier virus que pudiera encontrarse en los productos que contengan carne cruda.

Las autoridades y los consumidores deberán asegurarse que la carne procedente de cerdos enfermos o encontrados muertos no se procese ni se destine al consumo humano bajo ninguna circunstancia.

Evaluación de la gravedad de una pandemia de gripe (11 de mayo de 2009)

La gravedad global de una pandemia de gripe, es medida por el número de muertes y de casos graves, depende principalmente de la virulencia del virus, pero hay muchos otros factores que pueden influir.

Propiedades del virus: Las pandemias de gripe son causadas por virus totalmente nuevos o que no han tenido recientemente una gran circulación en la población humana. Creando una vulnerabilidad casi universal a la infección.

Uno de los motivos por los que las pandemias causan perturbaciones sociales y económicas consiste en el gran número de personas que caen enfermas al mismo tiempo o casi al mismo tiempo.

La contagiosidad del virus también puede influir en la gravedad de una pandemia, dado que puede incrementar el número de personas enfermas y que necesitan atención en poco tiempo en una determinada zona geográfica. El aspecto positivo es que no todas las zonas del mundo, ni de un país, se ven afectadas simultáneamente. Claro que tiene influencia en el virus la velocidad de propagación tanto nacional como internacional, que a su vez influye en la gravedad, ya que una propagación rápida puede dañar la capacidad de los gobiernos y los servicios de salud para hacer frente a la situación.

Las pandemias suelen afectar especialmente a determinados grupos de edad. La concentración de casos y muertes en un grupo de edad joven, económicamente productivo, puede causar más problemas sociales y económicos.

Propagación en oleadas: La gravedad global de las pandemias también depende de su tendencia a evolucionar en dos oleadas, y a veces tres. Por muchos motivos, la gravedad de las sucesivas oleadas puede ser muy diferentes.

Las características de la propagación también pueden influir en la gravedad de las sucesivas oleadas. Por ejemplo, si en una primera oleada se ven afectados sobre todo los niños en edad escolar, en la segunda los más afectados pueden ser los ancianos, cuya mayor vulnerabilidad incrementará la mortalidad.

Capacidad de respuesta: Por último, el impacto de cualquier pandemia depende de la calidad de los servicios de salud. Un virus que sólo produzca síntomas leves en países con sistemas de salud sólidos puede ser devastador en países con sistemas de salud débiles, limitaciones e interrupciones frecuentes del suministros de medicamentos, entre ellos los antibióticos, y hospitales mal equipados, sobrecargados de enfermos y con escasez de personal.

Evaluación de la situación actual: En la actualidad se pueden hacer las siguientes observaciones con respecto al virus H1N1, acerca de la vulnerabilidad de la población mundial. Las observaciones sobre el H1N1 son preliminares y se basan en datos limitados procedentes de un pequeño número de países.

El H1N1 que está causando los brotes actuales nunca se ha observado anteriormente en el ser humano ni en los animales. Aunque por el momento no se pueden obtener conclusiones firmes, los científicos prevén que la inmunidad a este virus sea escasa o nula.

Las estimaciones actuales de su tasa de ataque secundario oscilan entre el 22% y el 33%, frente al 5% a 15% de la gripe estacional. Con la excepción del brote de México, que todavía no está totalmente esclarecido, este virus H1N1 tiende a causar enfermedad muy leve en personas sin otras enfermedades. Fuera de México, casi todos los casos se han registrado en personas con afecciones crónicas subyacentes.

Los dos brotes mayores y mejor documentados que se han registrado hasta ahora, el de México y el de los Estados Unidos de América, han afectado a un grupo de edad más joven que las epidemias de gripe estacional. Aunque se han confirmado casos en todos los grupos de edad, desde los lactantes hasta los ancianos, una característica llamativa de estos brotes iniciales consiste en la juventud de los pacientes con infecciones graves o mortales.

Con respecto a la vulnerabilidad de la población, es especialmente preocupante la tendencia de este virus H1N1 a causar infecciones más graves y mortales.

Algunos científicos creen que el espectro clínico completo de la enfermedad causada por este virus H1N1 no se conocerá hasta que esté más extendido. Esto también podría alterar el cuadro actual de la enfermedad, que es predominantemente leve fuera de México.

Cuarta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional
(11 de junio de 2009)

La Directora General *Margaret Chan* ha recomendado, que los países no deben cerrar sus fronteras ni imponer restricciones al tráfico y al comercio internacional.

La OMS sigue manteniendo un diálogo estrecho con los fabricantes de vacunas antigripales, y se entiende que la producción de vacunas contra la gripe estacional; se ultimarán dentro de poco, se dispondrá de capacidad plena para asegurar el mayor suministro posible de vacuna antipandémica en los próximos meses.

3.4 MEDIDAS ESTRATÉGICAS

La Organización Mundial de la Salud, junto con los representantes de sus estados miembros, son los encargados de elaborar planes preventivos ante cualquier amenaza de pandemia, por tanto, atendiendo al tema que nos refiere, en el “Plan Mundial de la OMS de preparación para una epidemia de influenza” se describen las medidas estratégicas que debe adoptar la OMS para aprovechar cada una de las oportunidades de intervención en sus respectivas fases.

Dadas las numerosas interrogantes acerca de la amenaza de pandemia, en particular del tiempo disponible para la preparación, un criterio juicioso consiste en combinar medidas que aborden de inmediato problemas críticos y otras medidas a largo plazo que mejoren de manera sostenible la capacidad del mundo para protegerse frente a esta reiterada amenaza.

Con el fin de alcanzar las metas de salud pública de cada fase, se respeta la división de cinco categorías utilizadas en la postura institucional para las medidas específicas que deben adoptar la OMS y aquellos recomendados a las autoridades nacionales:

- 1.- Planificación y coordinación
- 2.- Seguimiento y evaluación de la situación
- 3.- Prevención y contención
- 4.- Respuesta del sistema de salud
- 5.- Comunicaciones

Teniendo en consideración lo planteado en el plan, elaboramos una síntesis de las medidas más importantes en cada una de las fases, siguiendo el orden de las categorías propuestas en el Plan.

PERIODO INTERPANDÉMICO

FASE 1

Meta principal. Fortalecer los preparativos contra la pandemia de influenza a nivel mundial, regional, nacional e infranacional.

- Constituir un grupo de expertos, grupo especial de trabajo de la OMS sobre la influenza.

- Promover y ayudar la planificación nacional.

- Coordinar la planificación antipandémica, fortaleciendo los instrumentos ya existentes, formulando normas y preparando herramientas con el fin de aumentar la capacidad de vigilancia del virus.
- Facilitar el intercambio de información a fin de conocer más acerca de las variaciones del virus.
- Proporcionar información con el objetivo de facilitar la comunicación de los riesgos relacionados con la influenza.
- Acrecentar los conocimientos de los medios de comunicación sobre las actividades, operaciones y toma de decisiones de la OMS con respecto a la influenza y otras enfermedades epidémicas.
- Concebir un programa mundial de investigación y desarrollo con prioridades definidas, para fabricar vacuna innovadoras y más eficaces.
- Establecer canales de comunicación oficiales entre los principales interesados directos en la respuesta entre ellos los Estados Miembros de la OMS, otras organizaciones internacionales y las asociaciones técnicas y profesionales, a fin de facilitar el intercambio de información y la coordinación de estrategias de comunicación.

FASE 2

Meta General. Reducir al mínimo el riesgo de transmisión a los seres humanos; detectar y notificar rápidamente la transmisión cuando está ocurriendo.

- Colaborar con las autoridades nacionales y las organizaciones internacionales apropiadas, para confirmar la presencia de una nueva cepa, evaluar sus características epidemiológicas y coordinar su caracterización.

- Promover la difusión de información actualizada, dirigida a las autoridades nacionales e internacionales, a otros colaboradores, a los interesados directos, incluidos los grupos de riesgo y el público en general, sobre la propagación del virus y los riesgos para los seres humanos en beneficio de la seguridad personal y de salud pública.
- Proveer pautas de orientación a las autoridades nacionales en los países afectados y ayudar con la evaluación sobre el terreno, cuando se solicita.
- Mantener un contacto estrecho con las principales autoridades agropecuarias internacionales encargadas del control de la enfermedad en los animales y proporcionar asistencia apropiada según sea necesaria sobre los principios del uso necesario.
- Recomendar las medidas para reducir la exposición humana.
- Proporcionar a las autoridades nacionales la información necesaria sobre los principios del uso de los medicamentos antivíricos.
- Apoyar al establecimiento de mecanismos para producir y obtener las vacunas estacionales y las vacunas prototípicas antipandémicas.

PERIODO DE ALERTA PANDÉMICA

FASE 3

Meta general. Garantizar la caracterización rápida del nuevo subtipo vírico y de la detección temprana, la notificación y la respuesta a los casos adicionales. Además se establece:

- Proveer supervisión y apoyo internacional a los países con casos humanos principales.
- Establecer la definición mundial de caso para la notificación por parte de los países.
- Colaborar con las autoridades nacionales para facilitar la notificación rápida, por los medios apropiados, de las infecciones humanas por una nueva cepa del virus de influenza.
- Recopilar y difundir la información sobre la situación epidemiológica mundial y las características de la enfermedad.
- Prestar apoyo apropiado a las autoridades nacionales para el estudio, detección y control del caso o de los casos, determinando los grupos de riesgo.
- Continuar la colaboración con las organizaciones nacionales e internacionales a fin de recoger cepas e información necesaria para preparar y adaptar los reactivos de diagnóstico y las vacunas.
- Solicitar a los países afectados que informen a la OMS sobre la ejecución y la eficacia de las medidas de contención, para contribuir a la planificación nacional e internacional.
- Apoyar la caracterización de la cepa y decidir sobre la necesidad de preparar y distribuir la cepa de la vacuna prototípica para la eventual producción de vacunas.

- Coordinar la evaluación de la eficacia real y la seguridad del tratamiento antivírico en los pacientes tratados, evaluando los eventuales beneficios e inconvenientes de aplicar las vacunas estacionales.

FASE 4

Esta fase indica un “incremento significativo” del riesgo pandémico, con la transmisión comprobada de hombre a hombre de un virus capaz de provocar una epidemia en el seno de una comunidad. Los países afectados deben informar a la organización lo más rápido posible. No obstante, ese nivel no implica que la pandemia sea inevitable.

Meta general. Contener el nuevo virus dentro de focos limitados o retardar la propagación para ganar tiempo, a fin de aplicar las medidas de los preparativos, incluida la preparación de vacunas.

- Coordinar las intervenciones mundiales y ayudar a su ejecución.
- Considerar la posibilidad de activar el plan para situaciones imprevistas interno de la OMS.
- Facilitar la evaluación del grado de transmisión de persona a persona.
- Coordinar con las autoridades nacionales el seguimiento de las medidas nacionales de contención y control.
- Proporcionar la ayuda adecuada a las autoridades nacionales para estudiar los casos y los contactos, intensificando la vigilancia de la enfermedad a fin de descubrir los casos adicionales y las circunstancias epidemiológicas de la infección, definiendo los grupos de riesgo.

- Procurar la actualización periódica de la información referente a la situación epidemiológica mundial y las características de la enfermedad evaluando la eficacia real de las medidas recomendadas.
- Solicitar a los países afectados que informen sobre la ejecución de medidas de vigilancia intensificada y de contención; colaborar con la evaluación de la eficiencia real de tales medidas y transmitir la información adecuada a todos los Estados Miembros para contribuir a la planificación nacional e internacional.
- Preconizar que las organizaciones internacionales, las asociaciones y las empresas de transporte apliquen las medidas sistemáticas.
- Evaluar la necesidad de recomendar medidas complementarias de contención, por ejemplo, en las fronteras internacionales.
- Preparar cepas actualizadas para la vacuna prototípica.
- Regular la respuesta internacional con otras organizaciones internacionales.
- Evaluar de nuevo las normas para el tratamiento y el control de la infección.

FASE 5

Según la organización, la activación del nivel 5 es “una señal fuerte de la inminencia de una pandemia”, y de que queda muy poco tiempo para prepararse a enfrentarla. A ese nivel, la enfermedad tiene focos en más de dos países de una misma región.

Meta general. Maximizar las iniciativas para contener o retardar la propagación, a fin de evitar en lo posible una pandemia y ejecutar las medidas de respuesta antipandémica. Entre los objetivos se pueden mencionar:

- Coordinar las intervenciones mundiales para reducir la carga de morbilidad, acelerando y reforzando al máximo la vigilancia de la situación por influenza en el foco inicial y con ello contener o retener la propagación de la infección.
- Determinar las necesidades y promover la ayuda internacional a favor de los países con pocos recursos.
- Activar el plan para situaciones imprevistas de la OMS.
- Organizar la evaluación del grado de transmisión de persona a persona conjuntamente con los asociados.
- Promover la máxima intensificación posible de la vigilancia de la enfermedad en los países aún exentos de ella.
- Apoyar, como sea posible, a los Estados miembros en la confirmación de la propagación de las infecciones humanas y en la evaluación de la situación epidemiológica.
- Facilitar a las autoridades nacionales la notificación de la extensión de la propagación y de las otras características epidemiológicas por los medios apropiados.
- Pronosticar las tendencias de la primera onda pandémica.

- Coordinar la respuesta internacional con otras organizaciones internacionales.
- Proporcionar a las autoridades nacionales pautas de orientación para ayudar a los médicos en el reconocimiento, diagnóstico y notificación de los casos.
- Actualizar a las autoridades nacionales, los demás asociados, los interesados directos y el público en general sobre la tendencia de la situación mundial, las características epidemiológicas y las medidas recomendadas.
- Colaborar cuanto sea posible con las autoridades nacionales en la distribución de suministros para el control de la infección a los centros de asistencia de salud para que atiendan a los casos humanos, en particular cuando estos suministros provienen de la reserva mundial.
- Promover la preparación de la vacuna prototípica, por ejemplo, coordinando ensayos clínicos, cuando no se llevo a cabo en la fase 2.
- Establecer un intercambio continuo de la información de los fabricantes de la vacuna antipandémica a fin de preparar la producción a escala industrial.
- Proveer pautas de orientación a las autoridades nacionales para la preparación y la realización de la campaña de vacunación, que cubra a las personas en la comunidad afectada cuando se cuenta con la vacuna.

PERIODO PANDÉMICO

FASE 6

Finalmente, el nivel 6 se activa cuando la pandemia es declarada oficialmente. De acuerdo con los criterios fijados por la OMS, es necesario que dos regiones distintas del mundo sean afectadas por el virus.

Meta general. Reducir al mínimo las repercusiones de la pandemia. Entre los periodos destacan:

- Establecer un centro de la OMS para la información y la coordinación sobre la influenza pandémica.
- Interactuar con las organizaciones y los organismos internacionales dentro y fuera del sector salud para coordinar las intervenciones.
- Proporcionar pautas de orientación a las autoridades nacionales para la ejecución y evaluación de las intervenciones y la evaluación de sus repercusiones.
- Determinar la necesidad y promover la asignación de recursos y otros tipos de ayuda, según puedan precisarlos los países gravemente afectados.
- Facilitar un acuerdo general sobre las enseñanzas extraídas para aplicación inmediata y para necesidades futuras
- Coordinar la vigilancia mundial de las cepas.
- Actualizar las recomendaciones sobre el cuidado personal.

- Facilitar la ayuda mutua y los convenios entre los países según las fases de la pandemia, incluida la movilización de trabajadores de atención de salud.
- Informar periódicamente sobre la situación a las organizaciones internacionales, a las autoridades nacionales, a los demás asociados, a los interesados directos y al público.
- Ejecutar y mantener la capacidad para responder a las exigencias de información internacional previstas.
- Trabajar con los asociados para promover la uniformidad de los mensajes.
- Evaluar la respuesta de comunicaciones durante las fases previas; revisar las enseñanzas extraídas.
- Coordinar y facilitar la evaluación de las repercusiones a nivel mundial (morbilidad y mortalidad).
- Ayudar a la notificación nacional de la estimación de las repercusiones y facilitar el seguimiento de la situación mundial (propagación mundial, tendencias nacionales).
- Incitar la preparación de pronósticos para la siguiente onda pandémica (nuevas zonas afectadas, grupos de riesgo, recursos de atención de salud, etc.).
- Revisar las enseñanzas extraídas y efectuar las adaptaciones de las normas de vigilancia y de las herramientas para los países.
- Reiterar las medidas apropiadas e inapropiadas para los países afectados y los países no afectados (véase anexo 6).

- Coordinar la evaluación de la susceptibilidad antivírica, su efectividad e inocuidad.
- Actualizar las guías sobre el uso óptimo de los agentes disponibles.
- Recomendar/actualizar la composición de la vacuna pandémica.
- Inducir la producción de la vacuna pandémica de emergencia.
- Proporcionar guías actualizadas para que las autoridades nacionales emprendan campañas de vacunación dirigidas.
- Recomendar cuales cepas deben ser incluidas en las vacunas, especialmente si todavía circulan cepas no pandémicas.

Ante la situación de amenaza de pandemia, hemos logrado conocer más acerca de uno de tantos organismos internacionales, de los cuales debemos reconocer nuestra falta de información sobre las funciones que cada uno de ellos tiene a su cargo y de las medidas estratégicas que tienen prevista ante una situación de riesgo para la sociedad mundial.

3.5 PERSPECTIVAS DEL TRABAJO DE LA ORGANIZACIÓN

Los informes de los voceros oficiales de la OMS que transmitieron al planeta, dejaron varias interrogantes y un cierto aire de desconfianza; por tanto, se presupone más de lo que la contingencia reflejo es decir que con una nueva enfermedad de tan grandes magnitudes las OMS poco ayudó a combatir tan terrible flagelo; muy poco fue el apoyo recibido de esta Organización, hacia los países afectados y fueron las naciones amigas que dado el caso, brindaban su ayuda.

La OMS solo se limitaba a seguir el plan de contingencia que años atrás ya tenían preparado para una situación similar, lo que no fue del todo lo correcto ya que la implementación de los planes y medidas tuvieron un efecto multiplicador de la contingencia, pues no solo fue una contingencia de carácter público y salubre, todos los rubros se vieron afectados drásticamente, la economía cayó en los países donde se instauró de modo efímero.

Se encuentra presente también la suposición que los grandes beneficiados de estas contingencias son los más poderosos hombres, quienes dirigen las transnacionales;¹⁷⁸ la OMS sirvió para fines lucrativos, esto es gracias a las recomendaciones que realizó la Organización a los países en crisis, como el contar con una gran cantidad de dosis contra la enfermedad por eso adquirieron medicamentos, mandándose a hacer a las grandes transnacionales, quedando las instituciones de salud con grandes deudas; si bien se mandaron a hacer millones de vacunas, eso no garantiza que sean efectivas; esto es debido a la resistencia de los virus y sus mutaciones puede hacerse ver a la nueva vacuna como poco efectiva e inservible.

La perspectiva que la OMS reflejó hacia nuestro país, según sus fuentes oficiales y autoridades, fue que México tomó las medidas adecuadas dada la magnitud de la emergencia sanitaria, además de ser transparente, cooperativo, no hay duda alguna que el país no guardó información.¹⁷⁹

Una nueva enfermedad no es bien entendida, y manejarla es especialmente difícil, sobre todo con un nuevo virus como el A(H1N1), que verdaderamente tiene la capacidad de causar una pandemia.

En el caso específico de la República Mexicana, por ser el primer país que notificó esta problemática, la OMS le atribuyó una doble responsabilidad: primero, debe

¹⁷⁸ Duran, Marta, "Los ganones.", *Proceso*, año 32, 2009, número 01696, pp. 46-49.

¹⁷⁹ "La directora general de la OMS, Margaret Chan en entrevista" óp. cit.

hacerse cargo de su gente y manejar el brote; segundo, tiene que hacer todo lo que esté al alcance por cumplir con minimizar la propagación del virus hacia otras partes del mundo según la regulación internacional de salud.

Hay muchos retos todavía dentro del país y para cualquier nación que tenga que lidiar con un brote de esa magnitud, ésta es una gran responsabilidad. Aunque para la OMS, el trabajo de México ha sido óptimo dentro de las capacidades del país, se contraponen la opinión de los medios que argumentan "se hizo muy poco" o "se actuó de manera exagerada".

Es responsabilidad de cada país vigilar el menor signo de un cambio en el comportamiento del virus para que lo reporte cuanto antes, para evitar mayores problemáticas.

La OMS tiene muchas expectativas, se podrían dividir en diferentes niveles. Una de ellas, y de las más importantes, es no esperar tener un nivel 6 a causa de la influenza A(H1N1); pues no se tiene evidencia del contagio de persona a persona de forma sostenida hacia comunidades en otra región distinta a la de América del Norte; por tanto las fases de alerta más que nada se refieren a la propagación geográfica del virus, esto significa que no hay un peligro inminente.

Respecto a la entrada del invierno en el hemisferio sur y la prueba que esto significaría para los países de América Latina, al moverse el virus A(H1N1) hacia el sur, se debe aumentar la vigilancia y al detectar las primeras señales se espera que sean reportadas a la OMS, para que se envíe el equipo médico necesario para detectarlo, enviar medicinas y personal humano.

La OMS espera que ante cualquier signo de una pandemia se tiene que vigilar y procurar que los medios de comunicación hagan llegar el mensaje de manera responsable y equilibrada a la gente para que sepa que se tiene que hacer, seguir ciertas reglas.

En cuanto a las medidas de salud pública que se necesitan tomar, se debe poner especial atención en lo que respecta a vigilar casos de neumonía severa en los hospitales y vigilar de cerca cualquier cambio de comportamiento.

Respecto a la posibilidad que el virus A(H1N1) surja de manera espontánea en otro lado, la directora de la OMS admitió que existe la posibilidad de que alguien no sepa que tiene el virus y lo disemine sin darse cuenta.¹⁸⁰

Si esta persona va por ahí y está en una parte densamente poblada, pudiera surgir, la incertidumbre es la única certeza que se tiene y solamente se puede vigilar.

Se tiene que poner mayor cuidado con el virus A(H1N1), pues tiene otro componente diferente al de la gripe estacional, y es que el 25 por ciento de las personas que se han contagiado han presentado vómito y diarrea. Al respecto, varios científicos realizan pruebas de laboratorio con materia fecal para determinar si pudiera haber la posibilidad de que el contagio se pudiera propagar por esta vía, sobre todo, en países en los que mucha gente defeca al aire libre.

La OMS es consciente que las recomendaciones serían diferentes para los gobiernos que tienen sistemas sanitarios pobres y que no tienen una infraestructura adecuada. Por ello, es necesario cambiar los hábitos de la población para prevenir esta enfermedad o cualquier otra.

Aunque la gente, ante la amenaza de una enfermedad está siendo más consciente sobre la salud y que medidas tan simples como lavarse las manos pueden significar una gran diferencia, han cambiado de actitud.

Tocante a la población, la perspectiva de la OMS es más afanosa, puesto que esperan que la gente tome conciencia y cambie su forma de pensar, asista al

¹⁸⁰ Ídem.

médico para evitar que la enfermedad sea más severa, como consecuencia de restar importancia a los síntomas; además, de tener una dieta balanceada y hacer ejercicio. Con medidas de higiene tan simples como lavarse las manos, se puede evitar el contagio. Esto es un gran reto para la salud pública, cambiar el comportamiento humano, aunque la gente sabe lo que debe hacer para estar sana se debe poner ahínco.

Otro gran reto, es hablar de los medicamentos contra el virus de la influenza; en este punto, se están enfocando hacia la capacidad de la producción de vacunas y a la calidad de la medicina, la patente no representa ningún problema en términos de antivirales.

Sin embargo, ya se tiene una compañía de medicamentos genéricos, se tiene la patente del antiviral y se tendrá la capacidad para producirlo y llevarlo a quienes lo necesiten.

La OMS tiene la seguridad de poder controlar cualquier pandemia gracias al apoyo de los Estados miembros y del personal médico con el que se cuenta. Las expectativas de la OMS son muy ambiciosas, especialmente para México pues sus exigencias han crecido mucho más; porque aquí se dieron los primeros reportes de la enfermedad y su capacidad de respuesta.

Es difícil planificar para una futura pandemia de influenza, ya que se desconocen muchas características importantes: Por eso es necesario tomar en cuenta diferentes supuestos en epidemiología de la influenza, para poder tomar decisiones y planificar la salud pública al mismo tiempo calcular recursos.

Lamentablemente, la OMS a la fecha no ha modificado los supuestos dentro de sus planes de salud y se ha limitado a utilizar las hipótesis de las pandemias anteriores hasta la influenza aviar, sin olvidar la influenza estacional. Todo esto a consecuencia de la falta de respuestas acerca del virus A(H1N1).

De una cosa si están seguros y es que las características de las próximas pandemias no serán iguales en todo el mundo. Estas características responderán a la capacidad de respuesta de cada Estado.

Algunos de los supuestos que deben tomar los Estados en caso de próximas pandemias:

1. Vías de transmisión:

Supuesto:

- a) Que la transmisión sea como la influenza estacional por partículas en el aire o por microgotas ya sea directo o indirectamente.

Perspectiva:

- a) Aislamiento del enfermo, equipo de protección individual y buena higiene de manos.
- b) El personal de salud encargado debe usar equipo apropiado para no contagiarse.

2. Periodo de incubación o infecciosidad de la influenza pandémica.

Supuesto:

- a) Incubación de 1 a 3 días.
- b) Latencia de 0.5 a 2.
- c) Duración de la infección será para adultos de 5 días y mas en niños.

Perspectiva:

- a) Saber la incubación para determinar la cuarentena y establecer todos los contactos.

- b) Cuando se inicie la pandemia los países deben de emprender la vigilancia y estudios para evaluar la infecciosidad e incubación del virus.
- c) Aconsejar cuarentena ya que es muy rápida la transmisión.

3. Dinámica y repercusión de la pandemia-

Supuesto:

- a) Una pandemia de influenza se puede desatar en cualquier momento del año y en cualquier parte del mundo; se puede propagar a todo el mundo en semanas o 6 meses
- b) Una ola pandémica puede variar entre los países pero también dentro las comunidades de un país.
- c) Se espera que haya varias olas pandémicas en las mismas comunidades.
- d) Las poblaciones más vulnerables serán las más afectadas.
- e) El ausentismo laboral se espera sea mayor a la tasa de infectados.

Perspectiva:

- a) Cada país debe promover y reforzar su capacidad de detención temprana de un evento de potencial pandémico y responder con rapidez.
- b) Los Estados deben de orientar a los gobiernos locales y comunidades para elaborar sus propios planes de preparación y respuesta.
- c) En los planes de preparación y respuesta a una pandemia hay que tener en cuenta medidas para los periodos entre olas pandémicas posteriores del pico máximo.
- d) Se incita a los Estados a que calculen y prevean sus necesidades sanitarias sobre la base de sus recursos y experiencias poniendo mayor atención a la población mayormente vulnerable.

- e) Se insta a los Estados a orientar a todos los sectores a establecer planes de continuidad de las operaciones aun con niveles altos y posiblemente ausentismo durante la pandemia.

Todo esto se actualizará conforme se tenga más información; mientras tanto se seguirán los mismos supuestos como hasta ahora. Sin olvidar que la Organización como nuestro país esperan un rebrote del virus A(H1N1) en invierno.

Por ello, la prevención del gobierno mexicano al comprar un millón más de vacunas a China para que el precio sea más bajo,¹⁸¹ aunque no sean suficientes para la gran cantidad de gente que vive en el país.

¹⁸¹ Once *Noticias*”, Pimentel, Azucena, 28 de agosto, México D.F., 24:50.

CONCLUSIONES

Al comenzar la presente tesis, asumimos la convicción de realizar una pesquisa, a fin de demostrar la importancia de los Organismos Internacionales en la escena internacional; de allí que gracias a la emergencia sanitaria provocada por el virus A(H1N1) logramos llevar a cabo nuestro propósito conociendo más a fondo a la Organización Mundial de la Salud y su respuesta ante un caso de pandemia.

Sin embargo, al paso de nuestra investigación, nos encontramos con numerosas particularidades, las cuales, atrajeron fuertemente nuestra atención y abrieron las puertas hacia un sin fin de análisis de todo tipo. A diferencia de cuantiosos proyectos que se presentan en la carrera de Relaciones Intencionales, nuestro trabajo, fue enfocado en analizar una problemática reciente, que ha conmocionado al mundo entero por su severo impacto sanitario y ha propiciado la alineación de todos los sectores y organismos para buscar una solución en pro del bienestar común.

Por su parte, cabe mencionar que elaborar este trabajo nos ha implicado una doble responsabilidad a causa del manejo de información; por una parte, clasificar la información verídica de la falaz; y segundo, analizar la información dándole continuidad sin perjudicar el curso de nuestro trabajo.

Es la primera vez que observamos una pandemia en tiempo real, la cual, hemos conseguido rastrear gracias a la inmensa cantidad de información difundida por todos los medios de comunicación, aunque fue la principal contrariedad con la cual nos enfrentamos.

Sin embargo, y a base de un gran esfuerzo, logramos recopilar la información aunque recalamos que este es un problema reciente, cambia día a día. Cabe aclarar que la información que contiene este trabajo no es falsa, simplemente se

modifica conforme a las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud y las respuestas que el conflicto va adquiriendo.

Así pues, después de esta breve introducción, nos enfocamos a exponer los resultados obtenidos.

El objetivo principal de nuestro trabajo de tesis fue demostrar que la OMS es un organismo esencial para los Estados, y que si bien, solo puede participar como mediador y coordinador de los diferentes actores involucrados en la crisis, sin su participación oportuna la contingencia sanitaria habría tenido repercusiones severas.

A la par, cada uno de los objetivos particulares propuestos, se fueron cumpliendo paulatinamente en el desarrollo de cada capítulo de la tesis. Los cuales, fueron los siguientes:

Comprobar la importancia de los Organismos Internacionales como colaboradores en el desarrollo y bienestar de la sociedad internacional.

Discernir la historia, fundamentos, reglamentos y recursos con los que cuenta la Organización Mundial de la Salud desde finales de la Segunda Guerra Mundial para desempeñar sus funciones establecidas desde su origen hasta las que han derivado al paso de los años.

Ampliar la visión sobre el trabajo de la OMS, en conjunto con sus Estados miembros y demás, en cuestión de sus estatutos, instrumentos jurídicos y mecanismos de colaboración técnica que emanan de cada una de las reuniones anuales celebradas por la organización.

Indagar sobre el nuevo virus A(H1N1), el cual ha desatado una alerta epidemiológica a nivel mundial y ha quebrantado el frente frágilmente unido en la escena internacional.

Examinar las reacciones que el gobierno Mexicano asumió para protección de su población, analizando los aciertos y desaciertos de este desde la perspectiva nacional hasta de la comunidad internacional.

Estar al tanto de la postura internacional, examinando las respuestas desplegadas por cada país afectado, la cooperación internacional como ayuda al combate contra la epidemia y analizando las reacciones positivas y negativas incitadas por la amenaza del virus A(H1N1).

Reconocer las acciones tomadas por la Organización Mundial de la Salud en la crisis sanitaria, su postura institucional y las medidas estratégicas, acordes a cada una de las fases que esta organización propone y determinar de acuerdo a nuestro criterio si fueron las adecuadas y se lograron en el tiempo preciso.

Indagar sobre los planes a futuro de la OMS teniendo como experiencia esta pandemia de gripe A(H1N1) de 2009, logrando así eliminar o bien disminuir las deficiencias de sus intervenciones en caso de una nueva pandemia.

Adicionalmente, a través del curso de nuestra investigación, nos permitimos aseverar que la hipótesis que planteamos al inicio, logro cumplirse; sin embargo, es bien sabido que en toda hipótesis surgen variantes que no permiten el rumbo exacto del supuesto teórico y que demuestran que la realidad siempre rebasa a la teoría.

Si bien es cierto la coordinación, mediación y cooperación por parte de Organización Mundial de la Salud ante la crisis pandémica del virus A(H1N1), abarcó los lineamientos de acuerdo a su normatividad, atendiendo las

necesidades de todos los Países afectados que se lo permitieron, no logró la total efectividad dado que ha sido rebasada por las exigencias particulares de cada Estado.

Algunas de las variantes que consideramos rebasaron a la Organización Mundial de la Salud son:

- las diferencias económicas entre los Estados miembros,
- las diferentes políticas de salud que cada país maneja,
- y sin lugar a duda, la época disímil a la creación de la Organización.

En todo este tiempo de dificultad, la Organización realizó diversas acciones en cada Estado afectado por el virus A(H1N1), aspirando evitar una situación de riesgo y descontrol mayor, no obstante, en el caso específico de nuestro país el problema se agravó gracias a la ayuda tardía de la OMS; esto lo hemos considerado puesto que observamos que las acciones preventivas no fueron llevadas a cabo como se tenían previstas en los documentos referentes a ello; por ejemplo, fue la demora de la organización en el envío de médicos y personal calificado cuando el país estaba en su fase máxima de crisis, la OMS meramente se limitó a acudir a las ruedas de prensa y dotar de estadísticas al público en general.

Sin dejar a un lado la idea anterior y teniendo en cuenta que la pandemia del virus A(H1N1) es un asunto global, el cual ha requerido de la cooperación internacional, hemos decidido puntualizar cada uno de nuestros puntos de vista de acuerdo a cada capítulo de nuestra tesis.

En el Capítulo 1 distinguimos que la OMS como organismo internacional especializado en salud, es un actor importante en la mediación y coordinación de los asuntos de esta índole a nivel mundial. El organismo ha procurado su avance ante los retos actuales, modificando su normatividad, actualizando instrumentos

jurídicamente vinculantes entre los Estados y la organización, conjuntando responsabilidades con oficinas regionales, estableciendo mecanismos de colaboración técnica entre instituciones y redes mundiales ya existentes y por supuesto trabajando colectivamente con sus Estados miembros y otras organizaciones internacionales. Por todo lo anterior, calificamos a la OMS como un vivo ejemplo de cooperación internacional.

Empero y como lo señalamos en los siguientes capítulos, en cuestiones internacionales, no todo puede ser excelso.

En el Capítulo 2 conseguimos información acerca del naciente virus, no obstante; caímos en cuenta que en el mundo no existe laboratorio capaz de reaccionar de manera inmediata ante la irrupción de un nuevo virus y, por lo tanto, quedan muchos hilos sueltos acerca del origen de éste.

De igual forma, analizamos la respuesta de las autoridades mexicanas ante el brote epidémico, la cual a nuestro parecer, fue la que podría esperarse, esto ya que en México no se había suscitado situación similar y por ende se desconocía la manera correcta de actuar ante tal situación. Claro está, que no podemos dejar a un lado las múltiples deficiencias del sector salud en el país, comenzando por la estructura en que aún opera el sistema público de salud diseñada en 1943 la cual no responde a las necesidades de la población y que hasta el momento no ha sido totalmente actualizada, segundo, su presupuesto mal distribuido, el cual nos atrevemos a decir, simplemente responde a necesidades políticas más que médicas; y tercero, por consecuencia, la enorme ineficiencia en sus servicios, su cobertura tan baja para su población.

Otro punto que advertimos en el apartado, fue que pesar de que la Organización Mundial de la Salud procura la cooperación internacional (supuesto sobradamente mencionado en la teoría de las relaciones internacionales), lograr un resultado óptimo en este aspecto es inalcanzable dado que dicha colaboración queda sujeta

a la voluntad de los Estados y los gobiernos para aceptar o rechazar los mecanismos de cooperación, cuestión que avistamos en Egipto y Sudán donde fueron ignoradas las exhortaciones del Organismo Internacional.

Ahora bien, reiteradamente, como lo avizoramos en nuestro país, en la comunidad internacional existe una respuesta insuficiente para promover y salvaguardar el derecho a la salud, originando una respuesta superior a necesidades de índole político más que a necesidades médicas y lo cual nos reafirma que nada le gana a la burocracia.

Finalizando nuestro serie de capitulados, en el apartado 3, concerniente propiamente al desempeño de la OMS, discurrimos que, pese a su desarrollo ante los retos actuales, la organización requiere de un reordenamiento de sus políticas de cooperación, las cuales, juzgamos desproporcionadas ya que la ayuda ejecutada por la OMS a cada uno de los Estados derivada de la aportación económica que cada uno de estos suministra al organismo, situación que ha encaminando al sector salud ya no como algo sobresaliente en la política internacional, sino más bien, como el gran negocio internacional de la actualidad.

Por tanto y como lo aprendimos en la carrera de Relaciones Internacionales, demostramos que los organismos internacionales con todas sus deficiencias, son parte importante del escenario internacional y que aunque no poseen poder total sobre los Estados ayudan a amortiguar y reducir el impacto de las situaciones de riesgo a nivel internacional. Por ello, nos es indudable que la intervención de la OMS, ha sido pilar substancial en la solución de la situación de descontrol producida por el virus A(H1N1).

En definitiva, podemos mencionar, que nuestro trabajo de tesis, lejos de abstraerse exclusivamente a la esfera de investigación del internacionalista, abre las puertas a otras disciplinas planteando una diversidad de interrogantes que debieran ser resueltas por estudiosos especializados arrojando respuestas a

aspectos hasta ahora ignorados; por ejemplo, ¿qué se debe hacer para que México no vuelva a padecer otra crisis como ésta a causa de una pandemia?, ¿cuál es la causa de la aparición de nuevos virus en el mundo?, ¿cuál es el impacto en la sociedad a causa de una pandemia mediática, etc.
pandemia mediática, etc.

ANEXOS

ANEXO 1

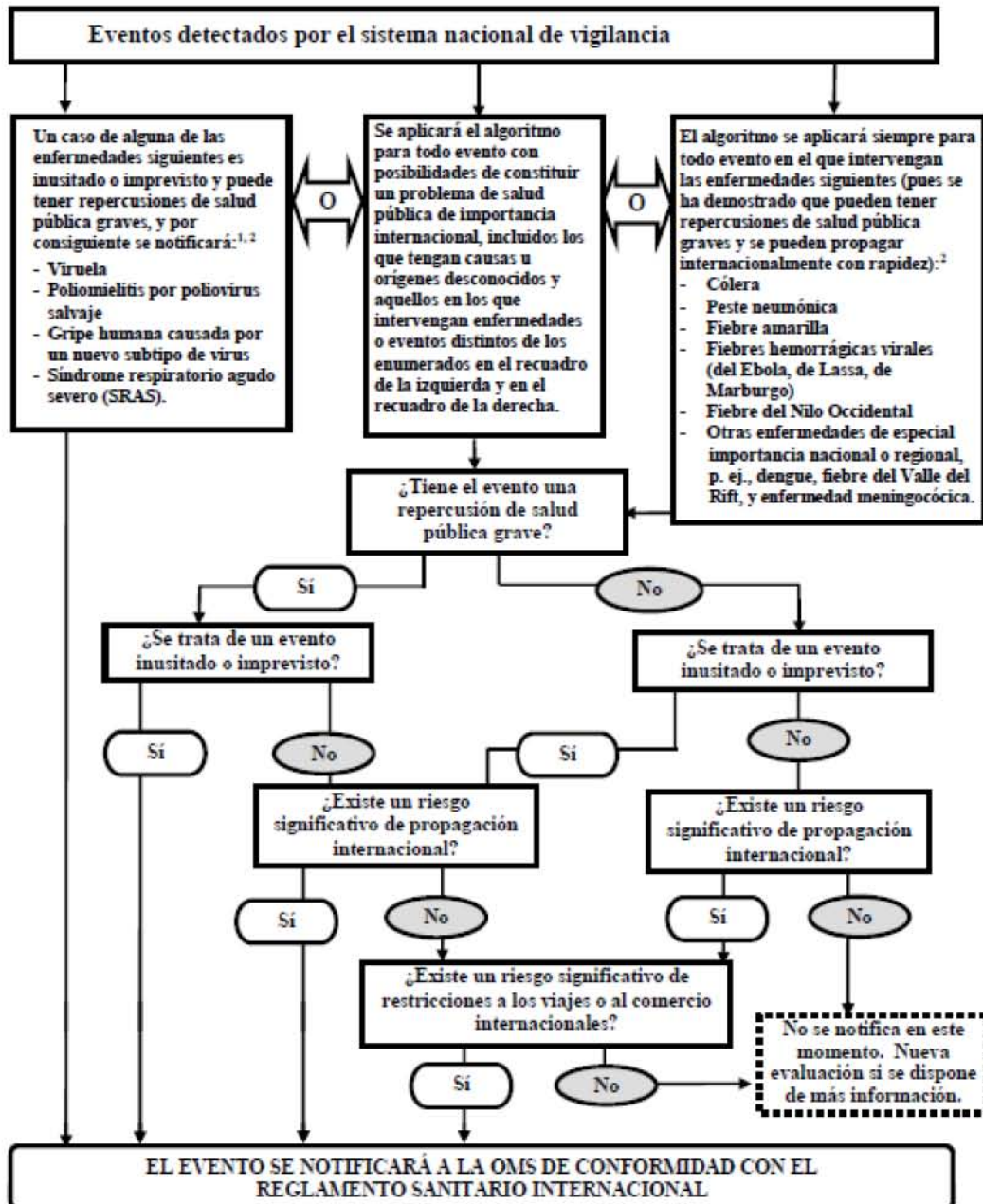
ASOCIADOS DE LA OMS EN LA SALUD



Fuente: Asociados de la OMS en la Salud. "Trabajar en pro de la Salud: Presentación de la OMS 2006". http://www.who.int/about/brochure_es.pdf Recuperado el 10 de junio de 2009

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE DECISIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE PUEDEN CONSTITUIR UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL



EJEMPLOS DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE DECISIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE PUEDEN CONSTITUIR UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL

Los ejemplos que figuran en este anexo no son vinculantes y se presentan a título indicativo, para facilitar la interpretación de los criterios del instrumento de decisión.

¿CUMPLE EL EVENTO AL MENOS DOS DE LOS CRITERIOS SIGUIENTES?

| | |
|--|--|
| ¿Tiene el evento una repercusión de salud pública grave? | I. ¿Tiene el evento una repercusión de salud pública grave? |
| | 1. <i>¿Es alto el número de casos y/o el número de defunciones relacionados con este tipo de evento en el lugar, el momento o la población de que se trata?</i> |
| | 2. <i>¿Es posible que el evento tenga una gran repercusión en la salud pública?</i> EJEMPLOS DE CIRCUNSTANCIAS QUE CONTRIBUYEN A QUE LA REPERCUSIÓN EN LA SALUD PÚBLICA SEA GRANDE: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evento causado por un patógeno con grandes posibilidades de provocar epidemias (infecciosidad del agente, letalidad elevada, múltiples vías de transmisión o portador sano). ✓ Indicación de fracaso del tratamiento (resistencia a los antibióticos nueva o emergente, ineficacia de la vacuna, resistencia al antídoto, ineficacia del antídoto). ✓ El evento constituye un riesgo significativo para la salud pública aun cuando se hayan observado muy pocos casos humanos o ninguno. ✓ Casos notificados entre el personal de salud. ✓ La población en riesgo es especialmente vulnerable (refugiados, bajo nivel de inmunización, niños, ancianos, inmunidad baja, desnutridos, etc.). ✓ Factores concomitantes que pueden dificultar o retrasar la respuesta de salud pública (catástrofes naturales, conflictos armados, condiciones meteorológicas desfavorables, focos múltiples en el Estado Parte). ✓ Evento en una zona con gran densidad de población. ✓ Dispersión de materiales tóxicos, infecciosos, o peligrosos por alguna otra razón, de origen natural u otro, que hayan contaminado o tengan posibilidades de contaminar una población y/o una extensa zona geográfica. |
| | 3. <i>¿Se necesita ayuda externa para detectar e investigar el evento en curso, responder a él y controlarlo, o para prevenir nuevos casos?</i> EJEMPLOS DE CUÁNDO PUEDE NECESITARSE AYUDA: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recursos humanos, financieros, materiales o técnicos insuficientes, en particular: <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiente capacidad de laboratorio o epidemiológica para investigar el evento (equipo, personal, recursos financieros). - Insuficiencia de antídotos, medicamentos y/o vacunas y/o equipo de protección, de descontaminación o de apoyo, para atender las necesidades estimadas. - El sistema de vigilancia existente es inadecuado para detectar a tiempo nuevos casos. |
| ¿TIENE EL EVENTO UNA REPERCUSIÓN DE SALUD PÚBLICA GRAVE? Conteste «sí» si ha contestado «sí» a las preguntas 1, 2 ó 3 <i>supra</i> . | |

| | |
|--|--|
| ¿Se trata de un evento inusitado o imprevisto? | II. ¿Se trata de un evento inusitado o imprevisto? |
| | <p>4. <i>¿Es un evento inusitado?</i></p> <p>EJEMPLOS DE EVENTOS INUSITADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El evento es causado por un agente desconocido, o bien la fuente, el vehículo o la vía de transmisión son inusitados o desconocidos. ✓ La evolución de los casos (incluida la morbilidad o la letalidad) es más grave de lo previsto o presenta síntomas no habituales. ✓ La manifestación del evento mismo resulta inusual para la zona, la estación o la población. |
| | <p>5. <i>¿Es un evento imprevisto desde una perspectiva de salud pública?</i></p> <p>EJEMPLOS DE EVENTOS IMPREVISTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evento causado por una enfermedad o un agente ya eliminado o erradicado del Estado Parte o no notificado anteriormente. |
| | <p>¿SE TRATA DE UN EVENTO INUSITADO O IMPREVISTO? Conteste «sí» si ha contestado «sí» a las preguntas 4 ó 5 <i>supra</i>.</p> |

| | |
|---|---|
| ¿Existe un riesgo significativo de propagación internacional? | III. ¿Existe un riesgo significativo de propagación internacional? |
| | <p>6. <i>¿Hay pruebas de una relación epidemiológica con eventos similares ocurridos en otros Estados Partes?</i></p> |
| | <p>7. <i>¿Hay algún factor que alerte sobre el posible desplazamiento transfronterizo del agente, vehículo o huésped?</i></p> <p>EJEMPLOS DE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN PREDISPONER PARA LA PROPAGACIÓN INTERNACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando hay pruebas de propagación local, un caso índice (u otros casos relacionados) con antecedentes en el curso del mes anterior de: <ul style="list-style-type: none"> - viaje internacional (o lapso equivalente al periodo de incubación si se conoce el patógeno) - participación en una reunión internacional (peregrinación, acontecimiento deportivo, conferencia, etc.) - estrecho contacto con un viajero internacional o una población muy móvil. ✓ Evento causado por una contaminación ambiental que puede traspasar las fronteras internacionales. ✓ Evento ocurrido en una zona de intenso tráfico internacional con limitada capacidad de control sanitario o de detección o descontaminación ambiental. |
| | <p>¿EXISTE UN RIESGO SIGNIFICATIVO DE PROPAGACIÓN INTERNACIONAL? Conteste «sí» si ha contestado «sí» a las preguntas 6 ó 7 <i>supra</i>.</p> |

| | |
|---|---|
| ¿Existe un riesgo de restricciones internacionales? | IV. ¿Existe un riesgo significativo de restricciones internacionales a los viajes o al comercio? |
| | 8. <i>¿A raíz de eventos similares anteriores se impusieron restricciones internacionales al comercio o los viajes?</i> |
| | 9. <i>¿Se sospecha o se sabe que la fuente es un alimento, el agua o cualquier otra mercancía que pueda estar contaminada y que se haya exportado a otros Estados o importado de otros Estados?</i> |
| | 10. <i>¿Se ha producido el evento en conexión con alguna reunión internacional o en una zona de intenso turismo internacional?</i> |
| | 11. <i>¿Ha dado lugar el evento a solicitudes de más información por parte de funcionarios extranjeros o medios de comunicación internacionales?</i> |
| | ¿EXISTE UN RIESGO SIGNIFICATIVO DE RESTRICCIONES INTERNACIONALES AL COMERCIO O A LOS VIAJES? Conteste «sí» si ha contestado «sí» a las preguntas 8, 9, 10 u 11 <i>supra</i>. |

Los Estados Partes que hayan contestado «sí» a la pregunta sobre si el evento satisface dos de los cuatro criterios (I-IV) anteriores deberán cursar una notificación a la OMS con arreglo al artículo 6 del Reglamento Sanitario Internacional.

ANEXO 3

A. CAPACIDAD BÁSICA NECESARIA PARA LAS TAREAS DE VIGILANCIA Y RESPUESTA

1. Los Estados Partes utilizarán las estructuras y recursos nacionales existentes para cumplir los requisitos de capacidad básica que establece el Reglamento con respecto, entre otras cosas, a lo siguiente:

a) sus actividades de vigilancia, presentación de informes, notificación, verificación, respuesta y colaboración; y

b) sus actividades con respecto a los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados.

2. Cada Estado Parte evaluará, dentro de un plazo de dos años contados a partir de la entrada en vigor del presente Reglamento para esa Parte, la capacidad de las estructuras y recursos nacionales existentes para cumplir los requisitos mínimos descritos en el presente anexo. Como consecuencia de esta evaluación, los Estados Partes elaborarán y pondrán en práctica planes de acción para garantizar que estas capacidades básicas existan y estén operativas en todo su territorio según se establece en el párrafo 1 del artículo 5 y el párrafo 1 del artículo 13.

3. Los Estados Partes y la OMS prestarán apoyo a los procesos de evaluación, planificación y puesta en práctica previstos en el presente anexo.

4. En el nivel de la comunidad local y/o en el nivel primario de respuesta de salud pública

Capacidad para:

a) detectar eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar determinados, en todas las zonas del territorio del Estado Parte; y

b) comunicar de inmediato al nivel apropiado de respuesta de salud pública toda la información esencial disponible. En el nivel de la comunidad, la información se comunicará a las instituciones comunitarias locales de atención de salud o al personal de salud apropiado. En el nivel primario de respuesta de salud pública, la información se comunicará a los niveles intermedio y nacional de respuesta, según sean las estructuras orgánicas. A los efectos del presente anexo, la información esencial incluye lo siguiente: descripciones clínicas, resultados de laboratorio, origen y naturaleza del riesgo, número de casos humanos y de defunciones, condiciones que influyen en la propagación de la enfermedad y medidas sanitarias aplicadas; y

c) aplicar de inmediato medidas preliminares de control.

5. En los niveles intermedios de respuesta de salud pública

Capacidad para:

a) confirmar el estado de los eventos notificados y apoyar o aplicar medidas adicionales de control; y

b) evaluar inmediatamente los eventos notificados y, si se considera que son apremiantes, comunicar al nivel nacional toda la información esencial. A los efectos del presente anexo, son criterios para considerar apremiante un evento las repercusiones de salud pública graves y/o el carácter inusitado o inesperado, junto con un alto potencial de propagación.

6. En el nivel nacional

Evaluación y notificación. Capacidad para:

a) evaluar dentro de las 48 horas todas las informaciones relativas a eventos apremiantes; y

b) notificar el evento inmediatamente a la OMS, por conducto del Centro Nacional de Enlace para el RSI, cuando la evaluación indique que es de obligada notificación conforme a lo estipulado en el párrafo 1 del artículo 6 y en el anexo 2, e informar a la OMS según lo previsto en el artículo 7 y en el párrafo 2 del artículo 9.

Respuesta de salud pública. Capacidad para:

a) determinar rápidamente las medidas de control necesarias a fin de prevenir la propagación nacional e internacional;

b) prestar apoyo mediante personal especializado, el análisis de muestras en laboratorio (localmente o en centros colaboradores) y asistencia logística (por ejemplo, equipo, suministros y transporte);

c) prestar la asistencia necesaria *in situ* para complementar las investigaciones locales;

d) facilitar un enlace operativo directo con funcionarios superiores del sector de la salud y otros sectores para aprobar y aplicar rápidamente medidas de contención y control;

e) facilitar el enlace directo con otros ministerios pertinentes de los gobiernos;

f) facilitar enlaces, por los medios de comunicación más eficaces disponibles, con hospitales, dispensarios, aeropuertos, puertos, pasos fronterizos terrestres, laboratorios y otras áreas operativas clave, para difundir la información y las recomendaciones recibidas de la OMS relativas a eventos ocurridos en el propio territorio del Estado Parte y en los territorios de otros Estados Partes;

g) establecer, aplicar y mantener un plan nacional de respuesta de emergencia de salud pública, inclusive creando equipos multidisciplinarios/multisectoriales para responder a los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional; y

h) realizar lo anterior durante las 24 horas del día.

B. CAPACIDAD BÁSICA NECESARIA EN LOS AEROPUERTOS, PUERTOS Y PASOS FRONTERIZOS TERRESTRES DESIGNADOS

1. En todo momento

Capacidad para:

-
- a) ofrecer acceso *i)* a un servicio médico apropiado, incluidos medios de diagnóstico situados de manera tal que permitan la evaluación y atención inmediatas de los viajeros enfermos, y *ii)* a personal, equipo e instalaciones adecuados;
 - b) ofrecer acceso a equipo y personal para el transporte de los viajeros enfermos a una dependencia médica apropiada;
 - c) facilitar personal capacitado para la inspección de los medios de transporte;
 - d) velar por que gocen de un entorno saludable los viajeros que utilicen las instalaciones y servicios de un punto de entrada, en particular de abastecimiento de agua potable, restaurantes, servicios de abastecimiento de comidas para vuelos, aseos públicos, servicios de eliminación de desechos sólidos y líquidos y otras áreas de posible riesgo, ejecutando con ese fin los programas de inspección apropiados; y
 - e) disponer en lo posible de un programa y de personal capacitado para el control de vectores y reservorios en los puntos de entrada y sus cercanías.

2. Para responder a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional.

Capacidad para:

- a) responder adecuadamente en caso de emergencia de salud pública, estableciendo y manteniendo un plan de contingencia para emergencias de ese tipo, incluido el nombramiento de un coordinador y puntos de contacto para el punto de entrada pertinente, y los organismos y servicios de salud pública y de otro tipo que corresponda;
- b) ocuparse de la evaluación y la atención de los viajeros o animales afectados, estableciendo acuerdos con los servicios médicos y veterinarios locales para su aislamiento, tratamiento y demás servicios de apoyo que puedan ser necesarios;
- c) ofrecer un espacio adecuado para entrevistar a las personas sospechosas o afectadas al que no tengan acceso los demás viajeros;
- d) ocuparse de la evaluación y, de ser necesario, la cuarentena de los viajeros sospechosos, de preferencia en instalaciones alejadas del punto de entrada;
- e) aplicar las medidas recomendadas para desinsectizar, desratizar, desinfectar, descontaminar o someter a otro tratamiento equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales, inclusive, cuando corresponda, en lugares designados y equipados especialmente a ese efecto;
- f) aplicar controles de entrada o salida a los viajeros que lleguen o partan; y
- g) ofrecer acceso a un equipo designado especialmente para el traslado de los viajeros que puedan ser portadores de infección o contaminación, así como a personal capacitado y dotado de la debida protección personal.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. "Reglamento Sanitario Internacional 2005." 2da edición. Ginebra, Suiza; 2008.

ANEXO 4

Pandemia (H1N1) 2009 - Actualización 57

Casos confirmados por laboratorio de la pandemia (H1N1) 2009 informó oficialmente a la OMS por los Estados Partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)

3 de julio 2009 09:00 GMT

El desglose del número de casos confirmados por laboratorio se recoge en el siguiente cuadro y mapa.

| Country, territory and area | Cumulative total | | Newly confirmed since the last reporting period | |
|-----------------------------|------------------|--------|---|--------|
| | Cases | Deaths | Cases | Deaths |
| Algeria | 5 | 0 | 3 | 0 |
| Antigua and Barbuda | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Argentina | 1587 | 26 | 0 | 0 |
| Australia | 4568 | 9 | 478 | 2 |
| Austria | 15 | 0 | 0 | 0 |
| Bahamas | 6 | 0 | 0 | 0 |
| Bahrain | 15 | 0 | 0 | 0 |
| Bangladesh | 12 | 0 | 11 | 0 |
| Barbados | 12 | 0 | 2 | 0 |
| Belgium | 49 | 0 | 2 | 0 |
| Bermuda, UKOT | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Bolivia | 283 | 0 | 78 | 0 |
| Bosnia and Hezegovina | 1 | 0 | 1 | 0 |

| | | | | |
|------------------------------|------|----|------|---|
| Brazil | 737 | 1 | 57 | 0 |
| British Virgin Islands, UKOT | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Brunei Darussalam | 85 | 0 | 56 | 0 |
| Bulgaria | 10 | 0 | 0 | 0 |
| Cambodia | 7 | 0 | 1 | 0 |
| Canada | 7983 | 25 | 0 | 0 |
| Cap Verde | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Cayman Islands, UKOT | 14 | 0 | 1 | 0 |
| Chile | 7376 | 14 | 1165 | 2 |
| China | 1814 | 0 | 296 | 0 |
| Colombia | 101 | 2 | 8 | 0 |
| Costa Rica* | 227 | 2 | -52 | 0 |
| Cote d'Ivoire | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Cuba | 73 | 0 | 27 | 0 |
| Cyprus | 70 | 0 | 22 | 0 |
| Czech Republic | 15 | 0 | 6 | 0 |
| Denmark | 63 | 0 | 8 | 0 |
| Dominica | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Dominican Republic | 108 | 2 | 0 | 0 |
| Ecuador | 163 | 0 | 0 | 0 |
| Egypt | 67 | 0 | 0 | 0 |
| El Salvador | 253 | 0 | 27 | 0 |

| | | | | |
|----------------------------|-----|---|----|---|
| Estonia | 13 | 0 | 0 | 0 |
| Ethiopia | 3 | 0 | 1 | 0 |
| Fiji | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Finland | 43 | 0 | 17 | 0 |
| France | 300 | 0 | 23 | 0 |
| French Polynesia, FOC | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Martinique, FOC | 2 | 0 | 0 | 0 |
| France, New Caledonia, FOC | 6 | 0 | 0 | 0 |
| Germany | 470 | 0 | 53 | 0 |
| Greece | 109 | 0 | 17 | 0 |
| Guatemala | 254 | 2 | 0 | 0 |
| Honduras | 123 | 1 | 5 | 0 |
| Hungary | 11 | 0 | 1 | 0 |
| Iceland | 4 | 0 | 0 | 0 |
| India | 104 | 0 | 0 | 0 |
| Indonesia | 8 | 0 | 0 | 0 |
| Iran | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Iraq | 11 | 0 | 0 | 0 |
| Ireland | 51 | 0 | 10 | 0 |
| Israel | 577 | 0 | 71 | 0 |
| Italy | 130 | 0 | 7 | 0 |
| Jamaica | 32 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | |
|------------------------------------|-------|-----|------|---|
| Japan | 1446 | 0 | 180 | 0 |
| Jordan | 22 | 0 | 2 | 0 |
| Kenya | 12 | 0 | 11 | 0 |
| Korea, Republic of | 202 | 0 | 0 | 0 |
| Kuwait | 35 | 0 | 1 | 0 |
| Laos | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Latvia | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Lebanon | 47 | 0 | 8 | 0 |
| Lithuania | 3 | 0 | 2 | 0 |
| Luxembourg | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Malaysia | 112 | 0 | 0 | 0 |
| Malta | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Mauritius | 1 | 0 | -6 | 0 |
| Mexico | 10262 | 119 | 1582 | 3 |
| Montenegro | 9 | 0 | 5 | 0 |
| Morocco | 17 | 0 | 0 | 0 |
| Myanmar | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Nepal | 5 | 0 | 2 | 0 |
| Netherlands | 134 | 0 | 6 | 0 |
| Netherlands, Aruba | 5 | 0 | 5 | 0 |
| Netherlands Antilles, Curaçao | 8 | 0 | 1 | 0 |
| Netherlands Antilles, Sint Maarten | 7 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | |
|------------------|------|---|-----|---|
| New Zealand | 912 | 0 | 201 | 0 |
| Nicaragua | 308 | 0 | 15 | 0 |
| Norway | 41 | 0 | 9 | 0 |
| Oman | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Palau | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Panama | 417 | 0 | 0 | 0 |
| Papua New Guinea | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Paraguay | 103 | 0 | 7 | 0 |
| Peru | 538 | 0 | 0 | 0 |
| Philippines | 1709 | 1 | 848 | 0 |
| Poland | 19 | 0 | 4 | 0 |
| Portugal | 27 | 0 | 10 | 0 |
| Qatar | 10 | 0 | 0 | 0 |
| Romania | 36 | 0 | 8 | 0 |
| Russia | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Saint Lucia | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Samoa | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Saudi Arabia | 89 | 0 | 8 | 0 |
| Serbia | 15 | 0 | 3 | 0 |
| Singapore | 878 | 0 | 177 | 0 |
| Slovakia | 18 | 0 | 5 | 0 |
| Slovenia | 5 | 0 | 1 | 0 |

| | | | | |
|-------------------------------|-------|-----|------|----|
| South Africa | 12 | 0 | 11 | 0 |
| Spain | 760 | 1 | 43 | 0 |
| Sri Lanka | 17 | 0 | 2 | 0 |
| Suriname | 11 | 0 | 0 | 0 |
| Sweden | 74 | 0 | 5 | 0 |
| Switzerland | 72 | 0 | 16 | 0 |
| Thailand | 1414 | 3 | 0 | 0 |
| Trinidad and Tobago | 53 | 0 | 0 | 0 |
| Tunisia | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Turkey | 40 | 0 | 8 | 0 |
| Uganda | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Ukraine | 1 | 0 | 0 | 0 |
| United Arab Emirates | 8 | 0 | 0 | 0 |
| United Kingdom | 7447 | 3 | 909 | 0 |
| Guernsey, Crown Dependency | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Isle of Man, Crown Dependency | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Jersey, Crown Dependency | 11 | 0 | 3 | 0 |
| United States of America | 33902 | 170 | 6185 | 43 |
| Uruguay | 195 | 1 | 0 | 0 |
| Vanuatu | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Venezuela | 204 | 0 | 11 | 0 |
| Viet Nam | 131 | 0 | 8 | 0 |

| | | | | |
|--------------------------|-------|-----|-------|----|
| West Bank and Gaza Strip | 30 | 0 | 17 | 0 |
| Yemen | 7 | 0 | 0 | 0 |
| Grand Total | 89921 | 382 | 12720 | 50 |

Taipei China ha notificado 61 casos confirmados de pandemia (H1N1) 2009 con 0 muertes. Casos de Taipei China se incluyen en los totales acumulados en la tabla de arriba.

Las cifras acumuladas y las nuevas cifras están sujetas a revisión

ABREVIATURAS

UKOT: Territorio de Ultramar del Reino Unido

FOC: Colectividad de ultramar francés

Antillas Neerlandesas, Curazao: 3 casos confirmados: Los tres casos confirmados son los miembros de la tripulación de un buque de crucero. No abandonaron el barco durante su enfermedad, ni durante las 24 horas anteriores a la aparición de los síntomas.

Noruega: 7 casos confirmados son los miembros de la tripulación y los pasajeros de un crucero. No abandonaron el barco durante su enfermedad, ni durante las 24 horas anteriores a la aparición de los síntomas.

Fuente: World Health Organization. "Mapa de la propagación de la pandemia (H1N1) 2009: número de casos confirmados en laboratorio y las muertes." http://www.who.int/csr/don/2009_07_03/en/index.html Recuperado el 06 de julio de 2009

ANEXO 5



Fuente: World Health Organization. "Number of laboratory-confirmed cases of pandemic (H1N1) 2009. Status as of 06 July 2009 . <http://gamapserver.who.int/h1n1/atlas.html?select=ZZZ&filter=filter4,confirmed>. Recuperado el 06 de Julio.

ANEXO 6

RECOMENDACIONES PARA LAS INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA NO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS A NIVEL NACIONAL

(Para personas que viven o viajan dentro de un país afectado)

| Medidas | Periodo de alerta pandémica ^a | | Periodo pandémico ^a | Comentarios |
|---|---|----------------|-----------------------------------|---|
| | Fase 3 | Fases 4 y 5 | Fase 6 | |
| Información de salud pública, comunicación | | | | |
| Información para el público sobre los riesgos y la forma de evitarlos (adaptada a la población destinataria). | S | S | S | |
| Información para los profesionales. | S | S | S | |
| Orientación sobre el comportamiento elemental de higiene. | S | S | S | |
| Información preparatoria para la fase siguiente. | S | S | S | |
| Medidas para reducir el riesgo de transmisión por las personas infectadas | | | | |
| Confinamiento: | | | | |
| — Confinar los casos (leves y graves) según convenga a la situación local; prestar atención médica y social. | S | S | S | Se precisa elaborar planes para un gran número de casos graves. |
| Mascarillas: ^b | | | | |
| — Personas sintomáticas. | S | S | S | Debe considerarse la logística. |
| — Personas expuestas: emprender la evaluación de riesgos considerando: los indicios de transmisión de persona a persona; la cercanía del contacto; la frecuencia de exposición. | C | C | C | Considerar la recomendación de mascarillas con base en la evaluación de riesgos. |
| — Personas que buscan atención médica (por enfermedad respiratoria) en una zona de riesgo (sala de espera). | S | S | S | Se precisan más datos, en particular sobre el uso de mascarillas por parte de las personas sanas. |
| Medidas para reducir el riesgo de transmisión por los contactos | | | | |
| Localización y seguimiento de los contactos. | S | S | N | Imposible cuando empieza la pandemia. |
| La cuarentena voluntaria (como el confinamiento domiciliario) de los contactos sanos con vigilancia sanitaria; prestar atención médica y social. | N | S | N | El confinamiento domiciliario también debería aplicarse a los contactos de los casos conocidos que reciben profilaxis, pues se desconoce la eficacia de esta. |
| Autovigilancia de salud y presentación en caso de enfermedad, pero sin restricciones al desplazamiento. | S | C | N | No se aplica a los contactos en cuarentena. |

| Medidas | pandémica ^a | | pandémico ^a | Comentarios |
|---|------------------------|-------------|------------------------|---|
| | Fase 3 | Fases 4 y 5 | Fase 6 | |
| Recomendar que los contactos reduzcan la interacción social. | N | NC | N | No se aplica a los contactos en cuarentena; véanse también las medidas para aumentar el distanciamiento social. |
| Recomendar que los contactos difieran viajes a las zonas no afectadas. | N | NC | S | No se aplica a los contactos en cuarentena. Principio de precaución cuando no está claro que haya transmisión de persona a persona; véanse también las medidas para los viajes. |
| Suministrar profilaxis antivírica a los contactos. ^c | S | S | N | Principio de medidas drásticas tempranas para evitar la pandemia. |
| Medidas para aumentar distanciamiento social | | | | |
| Confinamiento domiciliario voluntario de las personas sintomáticas. | S | S | S | Medidas necesarias para reducir el riesgo de transmisión a otros miembros de la familia. |
| Cierre de las escuelas (incluidos los centros preescolares y de enseñanza superior) conjuntamente con otras medidas (disminuir las actividades después de clase) para reducir la convivencia de los niños. | N | C | C | Depende del contexto epidemiológico: grado en que estos entornos contribuyen a la transmisión. |
| Medidas de alcance poblacional para reducir la convivencia de los adultos (baja transitoria a los empleados que no sean esenciales, cierre de sitios de trabajo, desaconsejar las reuniones de masas). ^d | N | C | C | Considerarlo en ciertas circunstancias, en la medida en que ocurre transmisión comunitaria no vinculada y transmisión en los lugares de trabajo. |
| Uso de mascarillas en lugares públicos. | N | N | N | Se desconoce su eficacia; se permite pero no se promueve. |
| Medidas para limitar el intervalo entre el comienzo de los síntomas y el aislamiento del paciente | | | | |
| Campañas públicas para fomentar el pronto autodiagnóstico. | S | S | S | |
| Instar a toda la población (de la zona afectada) a medirse la temperatura por lo menos una vez al día. | N | N | N | |
| Establecer teléfonos de urgencia para casos de fiebre, con acceso a ambulancia. | N | C | N | |
| Organizar consultorios para pacientes con fiebre con un control apropiado de la infección. | N | C | N | |
| Introducción de sistemas de detección de la temperatura en lugares públicos. | N | N | N | La experiencia ha demostrado que no es eficaz; precisa además acciones de salud pública e individuales para identificar a las personas con fiebre. |

| Medidas | Periodo de alerta pandémica * | | Periodo pandémico * | Comentarios |
|---|--|----------------|------------------------|---|
| | Fase 3 | Fases 4 y 5 | Fase 6 | |
| Medidas de desinfección | | | | |
| Lavado de las manos. | S | S | S | |
| Desinfección de superficies posiblemente contaminadas en los domicilios. | S | S | S | |
| Desinfección extensa del medio ambiente. | N | N | N | |
| Desinfección del aire. | N | N | N | |
| Medidas para personas que entren o salgan de las regiones afectadas, dentro del país | | | | |
| Aconsejar que se evite el contacto con medios ambientes de alto riesgo (como granjas avícolas afectadas, mercados de aves vivas). | S | S | S | |
| Recomendar diferir los viajes que no sean indispensables a las regiones afectadas. | N | S | S | Cuando extensas regiones permanecen exentas de infección. |
| Restringir los viajes desde y hacia las zonas afectadas. | N | N ^o | N | La imposición de la restricción a los viajes no es práctica en la mayoría de los países, pero probablemente ocurre en forma voluntaria cuando el público percibe el riesgo. |
| Cordón sanitario. | N | N | N | La imposición se considera poco práctica. |
| Desinfección del vestido, el calzado y otros objetos de personas que salen de las regiones afectadas. | N | N | N | No se recomienda con fines de salud pública, pero las autoridades veterinarias pueden exigirlo para prevenir la propagación de la enfermedad a los animales. |
| MEDIDAS A NIVEL INTERNACIONAL | | | | |
| Medidas en las fronteras para las personas que entran o salen de un país | | | | |
| Información a los viajeros: | | | | |
| — Aviso de brote epidémico. | S | S | S | El mensaje debe adaptarse a la fase. Los viajes seguirán siendo una elección personal, pero debe garantizarse la transparencia que permita una toma de decisiones fundamentada. Las consecuencias para el viajero pueden ser perjuicios personales sanitarios y económicos. |
| — Recomendar a quienes viajan a regiones donde tienen lugar los brotes de influenza aviaria de alta patogenicidad que eviten el contacto con granjas avícolas y mercados de animales vivos. | S | S | C | |
| — Recomendar diferir los viajes internacionales que no son indispensables a las regiones afectadas. | N | S | S | |
| — Recomendar diferir los viajes internacionales que no son indispensables desde las regiones afectadas. | <i>Véanse las medidas de examen sistemático.</i> | | | |

| Medidas | Período de alerta pandémica ^a | | Período pandémico ^a | Comentarios |
|--|---|----------------|-----------------------------------|---|
| | Fase 3 | Fases 4 y 5 | Fase 6 | |
| Medidas en las fronteras para los viajeros internacionales que llegan o salen de las regiones afectadas | | | | |
| Avisos de alerta sanitaria a los viajeros que llegan o salen de las zonas afectadas. | N | S | S | La OMS negocia con las organizaciones adecuadas (por ejemplo, la Asociación de Transporte Aéreo Internacional) para conseguir que las aerolíneas distribuyan avisos de alerta sanitaria; la OMS facilita el intercambio de los formularios de aviso entre los países. |
| Vigilancia médica: | | | | |
| — Verificación diaria de la temperatura viajeros que salen de la región afectada; | N | S | S | |
| — viajeros que llegan a la región afectada. | N | N | S | |
| — Autonotificación en caso de síntomas para viajeros que salen de las regiones afectadas. | S | S | S | Fomentar la autovigilancia de la salud en los contactos de casos confirmados. Puede estar indicada la cuarentena. |
| — Consejos sobre el comportamiento en caso de enfermarse después de viajes en regiones afectadas (buscar atención médica, referir el antecedente de viaje, prueba de laboratorio para diagnóstico de influenza); en caso de detección del virus pandémico, debe aislarse al paciente y notificarlo a los funcionarios de salud pública y a la OMS. | S | S | S | Las personas a bordo de viajes afectados deben localizarse y recibir igual consejo. |
| Examen sistemático de entrada para los viajeros que llegan de regiones afectadas. | | | | |
| — Dada la falta de pruebas de su efecto sanitario benéfico, esta práctica debe permitirse (por razones políticas, para inducir la confianza del público) pero no fomentarse. En su lugar, los viajeros deben recibir avisos de alerta sanitaria. | | | | |
| — Detección de síntomas (detección visual de síntomas). | N | N | N | Puede considerarse el examen sistemático de entrada cuando el país que recibe sospecha un examen inadecuado (véase luego) en el punto de embarque del viajero. |
| — Examen sistemático de viajeros con riesgo (declaración de salud, cuestionario). | N | N | N | |
| — Detección de la temperatura. | N | N | N | |
| — Examen médico. | N | N | N | |
| Examen sistemático de entrada en regiones aisladas geográficamente, libres de infección (islas), usando las opciones anteriores. | N | S | S | Factible, puede impedir la entrada del virus pandémico. También puede ser útil cuando la capacidad de vigilancia interna del país es limitada. |

| | | | | |
|--|--|--------------------------------|-------------------|--|
| Examen sistemático de salida para todos los viajeros que salen de las regiones con casos de infección humana. | | | | Más factible que el examen sistemático de entrada para la detección de casos tempranos. |
| — Detección de síntomas (detección visual de síntomas). | N | N | N | No es factible debido al volumen de pasajeros. |
| Medidas | Periodo de alerta pandémica * | Periodo pandémico * | | Comentarios |
| | Fase 3 | Fases 4 y 5 | Fase 6 | |
| — Examen sistemático de viajeros con riesgo (declaración de salud, cuestionario). | N | S | S | |
| — Detección de la temperatura o medición de la temperatura auricular. | N | S | S | La detección de la temperatura es menos sensible y específica, pero puede ser más práctica que la medición de la temperatura auricular. |
| — Lista de exclusión de las personas aisladas o en cuarentena. | N | N | N | Puede ser factible en algunos países, pero en general no se fomenta. |
| — Recomendación a las personas enfermas para que difieran el viaje. | S | S | S | |
| — Examen médico de los viajeros de riesgo, o con fiebre. | N | N | N | Su ejecución no es factible en las fronteras. |
| Medidas para países con fronteras permeables en contacto con regiones afectadas (sin olvidar los puntos de cruce extraoficial o ilegal) | | | | |
| Crear conciencia entre el personal de atención médica y el público en general, a fin de facilitar la vigilancia y las medidas de respuesta como el distanciamiento social, la cuarentena y el aislamiento. | N | S | S | La OMS debe publicar las recomendaciones adecuadas en internet, de manera que los países las divulguen en carteles, mensajes en los medios de comunicación y medidas análogas. Entre las ventajas se cuenta el control de los rumores. |
| Medidas para viajeros a bordo de viajes internacionales provenientes de regiones afectadas | | | | |
| Recomendación de autnotificación cuando aparezcan síntomas de enfermedad tipo influenza. | N | S | S | |
| Separar a los viajeros enfermos a bordo (cuando sea posible). | N | S | S | En vuelos provenientes de regiones afectadas, deben ofrecerse mascarillas a todos los pasajeros en el momento del embarque. |
| Información a las autoridades sanitarias de los países de embarque, destino y tránsito de que una persona a bordo está enferma (la aerolínea tiene a cargo únicamente el punto de destino). | S | S | S | Requisito establecido para el destino, pero no siempre observado en la práctica. |
| Comunicación de la información epidemiológica a las autoridades nacionales de salud pública, para localización de los contactos. | N | S | S | Corresponde a los países comunicar a los demás esta información directamente, según convenga. |

Fuente: WHO consultation on priority public health interventions before and during an influenza pandemic. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. (Documento: WHO/CDS/CSR/RMD/2004.9.). (En español, Reunión de consulta de la OMS sobre medidas prioritarias de salud pública antes y durante una pandemia de influenza, 2005).

a S = sí debe hacerse durante esta fase; N = no es necesario en esta fase; C = debe considerarse; NC = no corresponde.

b La calidad y el tipo de mascarillas dependen del grupo de riesgo. Casos: mascarilla quirúrgica; trabajadores de salud: mascarilla tipo N95 o su equivalente; otras personas: según el riesgo.

c Su ejecución depende de suministros suficientes y puede precisar el establecimiento de reservas mundiales con negociación previa de la población destinataria y una estrategia de distribución que procure el aprovisionamiento de regiones donde surja un virus con riesgo pandémico.

El uso profiláctico dependerá de las pruebas de su eficacia real. Es preciso un uso dirigido debido a la posibilidad de aparición de farmacorresistencia, a los fenómenos adversos y a la limitación de las provisiones. El uso dirigido podría considerar: prevención pública, protección de los trabajadores de salud, protección de otros proveedores de servicios básicos y tratamiento individual.

d En el caso de una cepa pandémica que cause morbilidad y mortalidad considerables en todos los grupos de edad y cuando no se cuenta con la

vacuna, las autoridades deben considerar seriamente la instauración de medidas de alcance poblacional para reducir el número de casos y de muertes. Las decisiones pueden basarse en simulaciones matemáticas y económicas. Cuando las simulaciones indican una reducción del número absoluto de casos y de muertes, la decisión de instauración de medidas, en las cuales participan múltiples sectores gubernamentales, deben buscar un equilibrio entre la protección de las funciones prioritarias y el riesgo de perturbación social y económica. e Podría considerarse como una medida de urgencia para evitar o retardar una pandemia.

FUENTES DE CONSULTA

BIBLIOGRAFÍA

Arroyo Pichardo, Graciela, *“Metodología de las relaciones internacionales”*, Ed. Oxford University Press, México, 1999, 165 pp.

Briones, Guillermo, *“Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales”*, Ed. Trillas, México, 1990, 291 pp.

García, Ricardo, *“Criterios para elaborar y presentar proyectos de investigación”*, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997, 25 pp.

Gerbert, Pierre, *“Las Organizaciones internacionales”*, Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1966, 150 pp.

Kuurt, Isselbacher, et. al., *“Principios de Medicina Interna”*, Madrid, ed. McGraw-Hill-Interamericana de España, 1994, pp. 84-113.

Páez, Alejandro, et.al., *“Influenza”*, Ed. Grijalbo, México, agosto de 2009, 166 pp.

Seara, Vázquez Modesto, *“Tratado general de la Organización Internacional”*, Ed. Fondo de Cultura Económica, 2da Edición, México 1982, pp. 516-529

HEMEROGRAFÍA

AFP, *“Confirma Canadá 6 casos de gripe porcina; los contagiados, en proceso de recuperación”*, La Jornada, 27 de abril de 2009, p.37.

AFP, *“Miembros de la OMS piden al organismo decretar la alerta 6”*, La Jornada, 18 de mayo de 2009, p. 8.

Afp, Dpa y Reuters, *“Trabajan laboratorios con 3 cepas del virus de influenza”*, La Jornada, 29 de mayo de 2009, p. 20.

AFP, DPA, *“Prueba Novartis primera vacuna contra virus A/H1N1”*, La Jornada, 13 de junio de 2009, p. 20.

AFP, REUTERS, *“Confirma Kuwait los primeros casos de influenza A en la región del golfo Pérsico”*, La Jornada, 24 de Mayo de 2009, p. 27.

AFP, REUTERS, EFE, *“Lista farmacéutica para fabricar vacuna contra influenza”*, El Sol de México, México, 28 de mayo de 1009, p. 18^a

Agencias, *“Ecuador y Bolivia reportan primeras muertes por la gripe AH1N1”*, La Crónica de Hoy, 11 de Julio, 2009, p. 21.

AP, *“Argentina suspende vuelos desde México”*, El Universal, 28 de abril de 2009, p. A12.

AP, *“Chile confirma su primer caso de influenza A”*, El Universal, México, 17 de mayo de 2009, p. A25.

AP, *“Confirma Ecuador primer caso de virus”*, Excélsior, México, 15 mayo de 2009, p. 4.

Armendáriz, Alberto, *“Acusa México en ONU “actitudes xenofóbicas”*, Reforma, México, 6 de mayo de 2009, p.7.”

Bugarín, Inder, *“Migra virus al Sur”* Reforma, México, 5 de mayo de 2009, p. 15.

- Campa, Homero, "Como apestados.", Proceso, año 32, 2009, número 01696, pp. 32-33.
- Carrasco, Araizoga Jorge, "El saldo de la inoperancia oficial.", Proceso, año 32, 2009, número 01696, pp. 6-13.
- Carreño, José Figueras, "Guardaespaldas de Obama está contagiado", Excélsior, México, 01-Mayo-2009, p 8.
- Chabat, Jorge, "Pandemias amenaza global", El Universal, México, 27 de abril de 2009, p. A25.
- Cruz, Ángeles, "El virus causante de la epidemia de influenza en el país es nuevo" La Jornada, México, 25 de abril, p. 3.
- Cuenca, Alberto, "Influenza GDF suspende actos públicos programados", El Universal, 24 de abril de 2009, p. A8.
- Davis, Mike, "La gripe porcina desnuda a la moderna industria agropecuaria", Milenio Semanal, año XI, 11 de mayo de 2009, número 603, pp. 15-18.
- DPA, "Condena la ONU que países restrinjan viajes por la epidemia de influenza", La Jornada, México 5 de mayo de 2009, p.13.
- DPA, "Naciones de Europa y de América Latina suspenden o desaconsejan viajes a México", La Jornada, 29 de abril de 2009, p. 38.
- DPA, "Perú adelanta vacaciones escolares por gripe H1N1", El Universal, 10 de julio de 2009, p. A10.
- DPA, Notimex, "700 muertos por influenza" Excélsior México, 22 de julio de 2009, p. 6
- Duran, Marta, "Los ganones.", Proceso, año 32, 2009, número 01696, pp. 46-49.
- EFE, "Confirma Tailandia 65 muertes por gripe A", El Financiero, 29 de julio de 2009, p.13.
- EFE, "Declara OMS pandemia por influenza AH1N1", La Crónica de hoy, México, 11 de Junio, 2009, p. 16.
- EFE, "Influenza Inglaterra confirma dos casos", El Universal, 28 de abril de 2009, p. A12.
- EFE, "Registra Egipto primera muerte por influenza", Excélsior, 19 de Julio de 2009, p. 4.
- Egremy. Nydia, "El congreso paralizado ante la influenza", Contralínea, año VIII, mayo 2009, número 132, pp. 16-17.
- Garduño, Silvia, "Proceden de México sudamericanos enfermos", Reforma, 9 de mayo de 2009, p. 10
- Gómora, Doris; Martínez, Nurit, "OMS indaga si virus fue error humano", El Universal, México, 14 de mayo de 2009, p. A6.
- González, Francisco, "La epidemia: una perspectiva histórica". Letras libres, año XI, 2009, numero 126, pp. 14-19
- González, Roxana, "EU declara estado de emergencia sanitaria", El Financiero, México, 24 de abril de 2009, p. 34.
- Guerrero, Abraham, "Domingo a puerta cerrada", El Universal, México, 25 de abril de 2009, p. D2.

Hernández, Jaime, "Banco Mundial presta 205 mdd a México por emergencia" El Universal México, 27 de abril de 2009, p. A12.

López, Mayolo, "Rechaza Calderón ocultar información", Reforma, México, 13 de mayo de 2009, p. 9.

Martínez, Nurit, "El virus mutó en mujer de Oaxaca". El Universal, México, 27 de abril de 2009, pp. A9.

Martínez, Regina, "La negra historia de la granja Carroll.", Proceso, año 32, 2009, número 01696, pp. 24-27.

Martínez, Yolanda, "Acusa Fidel a México de ocultar información", Reforma, México, 12 de mayo de 2009, p. 13.

Martínez, Yolanda, "Cuestiona Fidel Castro respuesta mexicana", Reforma, México, 15 de mayo de 2009, p. 18.

Martínez, Yolanda, "Permanece estable mexicana en Cuba", Reforma, México, 14 de mayo, p. 9.

Mejía, Madrid Fabrizio, "Diario de la plaga", Proceso, año 32, 2009, número 01696, pp. 34-36.

Monje, Raúl, "El virus de la desconfianza", Proceso, año 32, 2009, número 01697, pp. 34

Mora, Tavares Eduardo, "Un virus sin pasaporte" El Universal, 23 de mayo de 2009, p. A12

Noticieros televisa, "China envía ayuda a México para combatir influenza". Gaceta del estado de México, 30 de abril de 2009, p. 4.

Notimex, "A puerta cerrada toda la Jornada 16 del Clausura 2009", El Universal, 28 de abril de 2009, p. D6.

Notimex, "Aumenta a 17 casos de cepa A-H1N1 en Perú", Milenio diario, 02 de agosto de 2009, p. 28.

Notimex, "Autoriza Banco Mundial ayuda por 205 mdd", Milenio Diario, 27 de abril de 2009, p. 36.

Notimex, "Concacaf pospone final Atlante-Cruz Azul", El Universal, 27 de abril de 2009, p.D9

Notimex, "Confirma Italia primer caso de influenza, un hombre ya recuperado", La Crónica de hoy, 2 de Mayo, 2009. p. 20.

Notimex, "Crece número de muertes por gripe A en Paraguay", El Financiero, 6 de julio, p. 21.

Notimex, "Deja influenza humana 346 muertos y 19 mil contagiados en Sudamérica", Milenio, 25 de julio de 2009, p. 46.

Notimex, "Influenza Iglesia suspende misas en DF", El Universal, 25 de abril de 2009, p. A6.

Notimex, "Llega 115 cifra de contagios de influenza en Nicaragua", Excélsior, 16 de junio de 2009, p.5.

Notimex, "Paralizado, el deporte en México", Esto, 27 de abril de 2009, p. 9.

Núñez, Andrés, "Cumbre sobre influenza humana en Cancún exitosa e histórica", Excélsior, 3 de julio de 2009, p. 3.

Osorno, Diego, "La dura vida de un cerdo mexicano". Milenio Semanal, año XI, 2009, número 603, Mayo 11, pp. 8-12.

Pairone, Alejandro, "Advierten argentinos riesgo de daño bilateral", Reforma, México, 9 de mayo de 2009, p. 10.

Poy, Laura, "Ocasionará la emergencia una pérdida de confianza mutua", La Jornada, México, 2 de mayo de 2009, p. 14.

Redacción, "Cancelan conciertos en el Auditorio Nacional", Periódico Record, 24 de abril de 2009, p. 40.

Redacción, "El brote de influenza es impredecible: OMS", El Universal, 27 de abril de 2009, p. A13.

Redacción, "Influenza China niega ser origen de la epidemia de gripe porcina", El Universal, México, 30 de abril de 2009, p. A11

Reuters, "Anuncian en Nueva Zelanda primeras muertes relacionadas por Influenza", Milenio diario, 04 de julio de 2009, p. 33.

Reuters, "Arabia Saudita reporta primera muerte por influenza H1N1", El Universal, 28 de julio, 2009, p. A24.

Reuters, "Colombia extrema vigilancia por brote influenza México", Excélsior, 24 de abril de 2009, p. 5.

Reuters, "Confirma Portugal primer caso de gripe H1N1", Excélsior, 04 de mayo de 2009, p. 4.

Reuters, "Egipto aísla residencia universitaria por A H1N1", El Universal, 9 de junio de 2009, p. A8.

Reuters, "Hungría confirma primer caso nueva cepa gripe H1N1", El Economista, 29 de mayo de 2009, p. 14.

Reuters, "Muertes por gripe H1N1 en España se elevan a cuatro", El Economista, 16 de julio de 2009, p. 10.

Reuters, "Ordena El Salvador cierre de escuelas por influenza", El Universal, 22 de julio de 2009, p. A24

Reuters, "Prolongará Paraguay vacaciones de invierno por influenza", Excélsior, 16 de julio de 2009, p. 5.

Reuters, "Suman 20 los muertos por la Influenza en Uruguay", Milenio Diario, 21 de julio de 2009, p. 34.

Reuters, "Un colegio de Alemania tiene 27 casos confirmados de gripe H1N1", El Economista, 9 de Agosto de 2009, p. 15.

Reuters, "Uruguay confirma dos primeros casos de gripe A-H1N1", El Sol de México, 28 de mayo de 2009, p. 13.

Reuters, "Venezuela registra tercer caso de influenza H1N1", El Universal, 31 de mayo de 2009, p. A8.

Reuters, EFE, "Cesárea a víctima de influenza", Excélsior, 2 de Julio, 2009, p. 4.

Reuters, EFE, "Cesárea a víctima de influenza", Excélsior, México, 30 de junio de 2009, p. 5.

Ruth, Rodríguez, "Confirma Ssa, segunda oleada de influenza en México", El Universal, México, 23 de julio, p. A21.

Silva, Gustavo, "Influenza Cinemex anuncia cierre de sus complejos", El Universal, 26 de Abril de 2009, p. E3.

Soltero, Gonzalo, "La epidemia en el corazón de Europa", Letras Libres, año XI, junio de 2009, número 123, p. 47.

Timoteo, Andrés, "Granjas Carroll provocó la epidemia de males respiratorios en Perote, según la gente municipal", La Jornada, México, 6 de abril de 2009. pp.36

Velazco, Elizabeth, "El cerdo, incubador de virus de influenza; crea cepas más violentas", La Jornada, 27 de abril de 2009, p. 2.

Vargas, Rafael, "Llego para quedarse", Proceso, año 32, 2009, número 01696, pp. 60-62.

Vergara, Rosalía, "Los muertos por el Sistema.", Proceso, año 32, 2009, número 01696, pp. 18-19.

MATERIAL AUDIOVISUAL

"Fórmula de la tarde", Grupo Fórmula, Productor Feregrino, 27 de mayo de 2009, Conductor Gómez, Leyva Manuel, México DF, hora 16:30.

"Primero Noticias", Radiotrece noticias 1290 am, Pimentel, Azucena, 27 de mayo, Conductor Carlos Loret de Mola, México D.F, hora 8:20.

"46 Muertos por gripe A en Australia". Conductor Diane Pérez. Viernes 24 de julio de 2009, hora 15:47.

"Hoy por Hoy", W Radio, Méndez, Verónica. "Decretan cierre parcial de restaurantes en DF", Conductor Leon Krauze 28 de abril de 2009. 14:00 a 16:00 hrs.

"Once Noticias", Redacción Once Noticias, Conductor Adriana Pérez Cañedo Lunes 18 de mayo del 2009 hora 21:00 hrs.

"Reporta OMS más de 700 muertos por influenza", Radiotrece noticias 1290 am. Conductor Javier Solórzano. Martes 21 de julio de 2009. horas 9:32.

"Se propaga influenza a lugares remotos del mundo: OMS" Radiotrece noticias 1290 am. Conductor Eduardo Salazar Lunes 27 de Julio de 2009, horas 14:07.

MESOGRAFÍA

56^a Asamblea Mundial de la Salud, "Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 21 de mayo de 2003", <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf>, Recuperado el 1 de junio de 2009.

ACE, "La red de conocimientos electorales", <http://aceproject.org/ace-es/topics/ei/ei30>, Recuperado el 22 de julio de 2009.

Acerca de la OMS", <http://www.who.int/about/es/>, Recuperado 3 de junio de 2009.

AGENCIA EFE, "Se elevan a seis los muertos por la gripe A en Puerto Rico", Terra Noticias, <http://noticias.terra.es/genteycultura/2009/0720/actualidad/se-elevan-a-seis-los-muertos-por-la-gripe-a-en-puerto-rico.aspx>, Recuperado 20 de julio de 2009.

Agencias, "Una experta destaca que España está bien preparada para afrontar la gripe porcina", Diario de Navarra, <http://www.seepidemiologia.es/webfinal/descargas/prensa/diariodenavarra260409.pdf>, Recuperado el 30 de abril de 2009.

Aquino, Marco, "Perú reporta primeras dos muertes por gripe A H1N1", Yahoo noticias México. http://mx.news.yahoo.com/s/reuters/090706/latinoamerica/latinoamerica_in_fluenza_peru, Recuperado 5 de julio.

Argentina, "La OMS difundió las medidas que cada país adoptó contra la gripe A", Diario La Prensa, <http://www.laprensa.com.ar/Mobile/338137-La-OMS-difundio-las-medidas-que-cada-pais-adopto-contra-le-gripe-.note>, Recuperado el 1 de agosto de 2009.

Asociados de la OMS en la Salud, "Trabajar en pro de la Salud: Presentación de la OMS 2006", http://www.who.int/about/brochure_es.pdf, Recuperado el 10 de junio de 2009.

Asociados de la OMS en la Salud, "Trabajar en pro de la Salud: Presentación de la OMS 2006", http://www.who.int/about/brochure_es.pdf, Recuperado el 30 de mayo de 2009.

Boletín de la Organización Mundial de la Salud, "VIH: un descubrimiento importante que ya permite soñar con la posibilidad de curación", Volumen 87, enero 2009, pp.1-80 <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/09-040109/es/index.html>, Recuperado el 05 de junio de 2009.

Boletín epidemiológico Organización Panamericana de la Salud, "Erradicación de la Viruela", Vol. 1 No. 4, 1980, <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/50731.pdf>, Recuperado el 05 de junio de 2009.

Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud. "Inmunización contra enfermedades de importancia para la salud pública", Nota informativa N°288 Marzo de 2005 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs288/es/index.html>, Recuperada el 2 de junio de 2009.

Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. "Resoluciones Aprobadas por el Consejo Económico y Social en su tercer periodo de sesiones, del 11 de septiembre al 10 de diciembre de 1946", Pág. 26. E/245/Rev.1" <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/NR0/752/41/IMG/NR075241.pdf?OpenElement>, Recuperado 5 de junio de 2009.

"Constitución de la Organización Mundial de la Salud", http://www.who.int/int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf, Recuperado el 10 de junio de 2009.

Diario Montevideo, "Panamá: cierre temporal de 3 escuelas por gripe porcina", El País, http://www.diariomontevideo.com/_n674231_panamC3833A_cierre_temporal_de_3_escuelas_por_gripe_porcina.html, Recuperado el 12 de mayo de 2009.

Página oficial de la Presidencia de la República "Discurso. Es el momento de retomar con fuerza la actividad económica del país: Presidente Felipe Calderón", <http://www.presidencia.gob.mx/prensa/?contenido=44665>, Recuperado Lunes, 4 de mayo de 2009.

DPA, "Confirman primer caso de influenza humana en Argentina; había viajado a México", Milenio Diario. <http://www.milenio.com/node/211559>. Recuperado el 01 de agosto de 2009.

DPA, "Perú, mayor control aeropuertos y activa plan contra influenza", Vanguardia Coahuila, <http://www.vanguardia.com.mx/XStatic/vanguardia/template/content.aspx?se=nacional&su=influenza&id=341403&te=nota>, Recuperado el 28 de abril de 2009.

EFE, "Paraguay confirma el primer caso de gripe A", Noticieros Televisa, <http://www2.esmas.com/noticierostelevisa/internacional/america/064488/paraguay-confirma-primer-caso-gripe-a>, Recuperado el 23 de mayo de 2009.

EFE, "Piden suspender concierto de Daddy Yankee en Bolivia", Terra Noticias México, http://mx.news.yahoo.com/s/ap/090706/latinoamerica/ams_med_gripe_porcina_bolivia, Recuperado el 10 de julio de 2009.

Epidemic and Pandemic Alert and Response (EPR), “Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)”, <http://www.who.int/csr/sars/en/>, Recuperado el 1 de junio de 2009.

La OMS, “Función de la OMS en salud pública”, <http://www.who.int/about/role/es/index.html>, Recuperado el 9 de junio de 2009.

La OMS, “Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos”, <http://www.who.int/csr/outbreak-network/en/>, Recuperado el 15 de junio de 2009.

Matute, Ronald, “Cancelación de romería rompe tradición de 227 años”, La Nación Costa Rica, <http://www.nacion.com/ln-ee/2009/julio/21/pais2034375.html>, recuperado el 22 de julio de 2009.

Morales, Roberto, “Taxistas utilizarán mascarillas”, La Prensa Nicaragua, <http://www.la-prensa.com.ni/archivo/2009/junio/10/noticias/ultimahora/332279.shtml>, Recuperado el 10 de junio de 2009.

Moreno, Tania M., “La influenza en México”, De la Riva Group (DIR), www.CNNExpansion.com, Recuperado el 26 mayo de 2009.

Notimex, “La directora general de la OMS, Margaret Chan en entrevista”, <http://www.cnn-expansion.com/especiales/brote-de-influenza-en-mexico>, Recuperado el 11 agosto de 2009.

NOTIMEX, “Urgen campañas para volver a lo cotidiano Rumbo Nuevo”, El Diario de la Vida Tabasqueña.

Notimex, Sanofi Pasteur prueba vacuna contra H1N1. CNNExpansión. <http://www.cnn-expansion.com/actualidad/2009/08/07/sanofi-pasteur-prueba-vacuna-contr-h1n1>, recuperado el 13 de junio de 2009.

Oficina Regional para Centroamérica, Panamá y República Dominicana. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades CDC/CAP; “Treinta casos confirmados del virus nuevo de influenza A (H1N1) en América Central: Panamá (15), Costa Rica (8), El Salvador (4) y Guatemala (3). Medidas de vigilancia, prevención y control en la Región” <http://www.cdc-cap.org/>, Recuperado el 5 de julio de 2009, pp. 4-5.

OMS, “Fase actual de alerta de pandemia según la OMS”, http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/phase/es/, Recuperado el 20 de junio de 2009.

OMS, “Reglamento sanitario internacional 2005 segunda edición”, http://www.who.int/csr/ihr/IHR_2005_es.pdf, Recuperado el 14 de junio de 2009.

Organización Mundial de la Salud, “10 datos sobre los medicamentos esenciales”, <http://www3.alliancehpsr.org/features/factfiles/essential-medicines/essential-medicines-facts/es/index4.html>, Recuperado el 6 de junio de 2009.

Organización Mundial de la Salud, “Artículo 2”, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/governance/eb/who-constitution-sp.pdf>, Recuperado 22 de julio de 1946.

Organización Mundial de la Salud, “Erradicación de la poliomielitis: ahora más que nunca, detengamos la poliomielitis para siempre, 15 de enero de 2004”, <http://www.who.int/features/2004/polio/es/#>, Recuperado el 04 de junio de 2009.

Organización Mundial de la Salud, “Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), Consejo Ejecutivo 120ª reunión 14 de diciembre de 2006”, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/b120_15-sp.pdf, Recuperado el 6 de junio de 2009.

Organización Mundial de la Salud, "Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana", <http://www.who.int/whr/2002/es/>, Recuperado el 1 de junio de 2009.

Organización Mundial de la Salud, "Presupuesto por Programa 2008-2009.", http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/AMTSP-PPB/a-mtsp_4sp.pdf, Recuperado 30 de mayo de 2009.

Organización Mundial de la Salud, "Presupuesto por Programa 2008-2009.", http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/AMTSP-PPB/a-mtsp_4sp.pdf, Recuperado 30 de mayo de 2009.

Organización Panamericana de la Salud, "Funciones de la OPS", <http://new.paho.org/hq/index.php?option=comcontent&task=view&id=91&Itemid=220>, Recuperado 29 de mayo de 2009

Organización Panamericana de la Salud, "Oficinas de la OPS", <http://new.paho.org/hq/index.php?option=comcontent&task=view&id=91&Itemid=220>, Recuperado 30 de mayo de 2009.

Pan American Health Organization, "25 Años de declaración de Alma-Ata", <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>, Recuperado el 10 de junio de 2009.

Presentación de la OMS, "Trabajar en pro de la salud", http://www.who.int/about/brochure_es.pdf, Recuperado el 13 de junio de 2009.

Radiocable.com, "La blogosfera mexicana inquieta ante el brote de gripe porcina", <http://www.radiocable.com/blogosfera-mexicana-gripe765.html>, Recuperado el lunes 27 de abril de 2009.

Ramírez, Oswaldo, "El papel de las Organizaciones Internacionales en las Relaciones Internacionales", osram@telcel.net.ve, Recuperado el 22 de julio de 2009.

Redacción, "En Argentina se intensifican las medidas de prevención de la gripe A", La Prensa Bolivia, [http://www.laprensa.com.bo/noticias/02-0709/ultimas.php?n_a_c=internacional_020709164912.inc&seccion=1&titulo=En Argentina se intensifican las medidas de prevenci%F3n de la gripe A](http://www.laprensa.com.bo/noticias/02-0709/ultimas.php?n_a_c=internacional_020709164912.inc&seccion=1&titulo=En%20Argentina%20se%20intensifican%20las%20medidas%20de%20prevenci%F3n%20de%20la%20gripe%20A), Recuperado el 9 de julio de 2009.

Reuters, "Confirman primera muerte en Venezuela por gripe H1N1", El Universal Caracas, http://www.eluniversal.com/2009/07/18/amun_ava_confirman-primera-mu_18A2515643.shtml, Recuperado el 22 de julio de 2009.

Reuters, "Escocia registra primera muerte por H1N1 en Europa", Revista Opción, <http://www.revistaopcion.com/web/2009/06/15/escocia-registra-primera-muerte-por-h1n1-eneuropa>, Recuperado el 25 de junio de 2009.

Reuters, "Francia confirma casos por virus", CNN Expansión, <http://www.cnn.expansion.com/noticias/2009/05/01/francia-confirma-casos-por-virus>, Recuperado el 5 de mayo de 2009.

Sandoval, R., "El lunes comienzan las vacaciones de los escolares", El Periódico Guatemala, <http://www.elperiodico.com.gt/es/20090610/pais/103396/>, Recuperado el 10 de junio de 2009.

"Surinam registra sus primeros 13 casos de gripe AH1N1", El Universal Caracas, http://deportes.eluniversal.com/2009/06/15/amun_ava_surinam-registrasus_15A2390_887.shtml, Recuperado el 22 de junio de 2009.

Steve Kingstone, "Gripe porcina en Europa", BBC Mundo, http://www.bbc.co.uk/mundo/aprenda_ingles/2009/04/090427_aprenda_griporcina.shtml, Recuperado el 2 de mayo de 2009.

Valadéz, Moisés, “Hong Kong y Corea del Sur registran los dos primeros casos en el continente”, Radio Quintana Roo, <http://radioquintanaroo.com/hong-kong-y-corea-del-sur-registran-los-dos-primeros-casos-en-el-continente/>, Recuperado el 15 de mayo de 2009.

Villegas, Jairo, “Salud ordena extender vacaciones por pandemia”, Periódico La Nación Costa Rica, http://www.nacion.com/In_ee/2009/julio/14/pais2026414.html, Recuperado el 16 de julio de 2009.

World Health Organization, “Expanded program on immunization”, <http://www.who.int/countries/eth/areas/immunization/en/>, Recuperado 10 de junio de 2009.

World Health Organization, “International Health Regulations (IHR)”, <http://www.who.int/ihr/en/>, Recuperado el 4 de junio de 2009.

World Health Organization, “Water-related Diseases”, <http://www.who.int/watersanitationhealth/diseases/oncho/en/>, Recuperado el 8 de junio 2009.

World Health Organization. “International Classification of Diseases (ICD)”, <http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html>, Recuperado 2 de junio de 2009.

World Health Organization. “Yaws and other endemic treponematoses”, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_27_MILS_1856_1967.pdf, Recuperado el 9 de junio de 2009.

World Organization for Animal Health, “A/H1N1 influenza like human illness in Mexico and the USA: OIE statement”, http://www.oie.int/Eng/press/en_090427.htm, (traducción propia) 29 de abril de 2009.

Y. Barría, Zabdy, “Fanáticos inconformes por partido a puertas cerradas”, La Prensa Panamá, http://mensual.prensa.com/mensual/contenido/2009/05/14/uhora/local_2009051417395382.asp, Recuperado el 14 de mayo de 2009.