

SEGURIDAD SANITARIA Y APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (RSI) DE 2005

Marlo Libel

OPS/OMS, Washington, D.C.

El tema de la propagación internacional de enfermedades transmisibles nos acompaña desde hace mucho tiempo. Tiene que ver fundamentalmente con el movimiento de personas, bienes y cargas de todo tipo, incluso de animales vivos, y es una preocupación importante en la actualidad.

Obviamente, ha habido un cambio entre la forma y el tiempo que tomaba trasladarse de un continente a otro en 1850, cuando empezaron los primeros tratados, y el tiempo que toma hoy este movimiento. Ese cambio tienen consecuencias, porque mucho de lo que se traslada son enfermedades infecciosas.

Otra circunstancia importante se refiere a la emergencia de nuevas patologías y nuevas enfermedades, o la reemergencia de problemas ya controlados que reaparecen. En los últimos 30 años, se ha identificado aproximadamente un patógeno o una enfermedad nueva cada año. Este fenómeno, que tampoco tiene precedentes en la historia, se relaciona en parte con el adelanto de la capacidad de investigación e identificación, y de la tecnología de laboratorios, entre otros aspectos, pero por otra parte tiene que ver con el movimiento de las poblaciones y, muchas veces, el acercamiento de la población humana a poblaciones animales, ya que gran parte de estas nuevas enfermedades se relacionan con los animales. Por ejemplo, la transmisión de las enfermedades por hantavirus se produce a partir de roedores infectados; otras enfermedades, como la enfermedad de Lyme, tienen que ver con artrópodos que transmiten el virus a los venados y este pasa al hombre que está en contacto con los animales. Ocurre lo mismo con las enfermedades por los virus de Ébola y Marburg, y otras enfermedades graves que por suerte todavía no se presentaron en nuestra Región.

Esta mayor facilidad de transmisión también tiene que ver con la creciente urbanización y el aumento de la densidad poblacional en las áreas urbanas. Así, las enfermedades que se transmiten directamente de persona a persona, como las enfermedades respiratorias, constituyen un problema cuando hay grandes poblaciones hacinadas en áreas donde no existe la posibilidad de intercambio de ventilación. Por otra parte, la situación de saneamiento básico en la periferia de las ciudades también facilita esa transmisión.

Otros factores que amenazan la seguridad sanitaria son los desastres naturales como los que se presentan en este momento en América Central, por la exposición de la población a riesgos no habituales en situaciones de gran vulnerabilidad.

Volviendo al tema del transporte rápido, como actualmente en ocho horas se puede pasar de un continente a otro y la mayoría de las enfermedades infecciosas de las que hablamos tienen períodos de incubación relativamente cortos, entre dos y cinco días, una persona puede estar infectada cuando ingresó a otro país y presentarse el problema y morir después de entrar en ese país. Esto es diferente a lo que ocurría cuando se viajaba en barco durante dos o tres semanas para ir de un continente a otro: el problema de salud aparecía durante el viaje y se resolvía durante el viaje, antes de llegar al otro país. En consecuencia, el problema actual es que se limita la capacidad de controlar los problemas en las fronteras si la persona ha cambiado de continente.

Otro tema que nos preocupa sobremanera se refiere a la transmisión de enfermedades a través de los alimentos. Con el paso del tiempo, también hubo un gran cambio en la forma de producir y distribuir los alimentos. No solo los alimentos frescos; también los alimentos industrializados. Actualmente, desde una central de producción se puede enviar a 20 países un producto que puede representar un riesgo para la salud si en sus fases de producción, almacenaje o distribución hubo alguna quiebra en el sistema de control de la calidad.

En esta circunstancia tenemos un problema de seguridad global en salud y, a la vez, un problema de equidad. Las restricciones impuestas por países, en general industrializados, a los productores agrícolas de los países en vías de desarrollo muchas veces impiden que el país productor pueda defender en un foro internacional la calidad de su producto. Además, se establece una restricción pero no se establece con claridad el tiempo que va a durar. En general, todo queda en manos del país comprador.

Otro problema que para efectos regulatorios afecta cada vez más la seguridad global en salud se refiere al comercio ilegal de animales vivos. Cada vez se presentan más situaciones de contrabando de animales vivos que se introducen en un país mediante las técnicas más exóticas. Cuando estos animales vivos son selváticos, ello representa un riesgo adicional porque entramos en contacto con animales con los que habitualmente no deberíamos entrar en contacto, como es el caso de animales exóticos de la selva que no tienen contacto natural con el hombre y traen consigo el riesgo de determinados tipos de patógenos. La cuestión de la ilegalidad es obviamente algo que es casi imposible de controlar; no obstante, debemos asegurarnos de reconocerla como un problema de seguridad global.

Como ejemplo, les contaré sobre una situación que se presentó en un país los Estados Unidos de América; muy rara desde el punto de vista de nuestra experiencia con enfermedades. Se trata de un niño que presentaba pústulas a causa de una enfermedad que le transmitieron dos animales: la marmota y la rata de Gambia. La rata de Gambia es como un conejito de India pero de diferente especie: es una mascota que se comercializa para los Estados Unidos y otros países. Cuando las mascotas estuvieron en períodos de cuarentena, transmitieron la enfermedad a otros roedores que a su vez la transmitieron al niño del ejemplo. Si bien es cierto que la transmisión también puede ocurrir dentro del país, en este caso, las ratas gigantes de Gambia llegaron a los Estados Unidos el 9 de abril; el 15 de abril llegaron a Texas; de Texas

fueron a otros estados del país. Recién entonces se presentó el caso humano. La causa de esta enfermedad que se llama viruela de los monos es un virus que produce lesiones en la piel. Obviamente, se trata de la transmisión internacional de una enfermedad exótica; no es una enfermedad común, pero en este caso aparece en relación con el comercio legal de animales y representa un riesgo importante para la seguridad mundial en salud.

Otro ejemplo relativamente reciente que impulsó la revisión del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) fue el del síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por su sigla internacional). A pesar de que el número de casos en todo el mundo no fue muy grande (8.000 casos) —no es un número muy grande para una enfermedad grave—, se transmitió a través de las fronteras internacionales. En el caso del SARS, uno de los problemas más serios se relacionó con la exposición al riesgo de los trabajadores de salud. Se trató de un problema ocupacional y de salud pública, cuando un gran número de enfermeros, médicos y trabajadores de los hospitales enfrentaron el problema de la transmisión intrahospitalaria.

Otra amenaza actual para la cual todos los países se están preparando, es la posibilidad de que se presente una pandemia de gripe aviar. En las Américas, todavía no ha habido casos de animales enfermos por este virus, pero los hubo en el pasado reciente en Chile (2002), y en el Canadá y los Estados Unidos. En este aspecto, se debe considerar que se trata de tres países con mucha capacidad en sus sistemas aviarios, que pudieron controlar el problema en su fuente. No tuvieron que poner en marcha las acciones que se han tenido que llevar a cabo en Asia y África, con el exterminio de grandes cantidades de aves.

Este es uno de los cambios importantes que trae el nuevo Reglamento: más que establecer barreras fronterizas, por medio de cuarentenas u otras medidas como las barreras comerciales, se trata de que los países lleven a cabo acciones de salud pública en tiempo y forma, para que estos problemas no se transformen en problemas internacionales.

Estos ejemplos dan cuenta de los factores condicionantes, tanto desde el punto de vista de los cambios ecológicos, como los que resultan del desarrollo de la agricultura y el tipo de producción.

Otro ejemplo relativamente reciente es el problema de la enfermedad de la vaca loca, en especial en Inglaterra, con gran repercusión en la producción de carne. Se determinó que esta enfermedad se puede transmitir a los seres humanos con un número muy pequeño de casos y que se relaciona con la forma de alimentación de los animales y su comercio.

Otro aspecto que debe mencionarse se refiere a la adaptación de los agentes. Se trata de otro problema serio de seguridad global ante la presencia de la resistencia que oponen los patógenos a los antibióticos. Por un lado, el problema se relaciona con el mal uso de antibióticos, el uso excesivo y la automedicación, pero desde el punto de

vista regulatorio, el serio problema que afecta a la casi totalidad de los países de la Región de las Américas: no requieren receta médica para la compra de antibióticos.

Este tema tiene gran magnitud y repercusión para la salud pública, no solamente en términos de defunciones —que de por sí es un problema suficientemente importante—, sino también desde el punto de vista del costo del tratamiento para la población por el exceso de gastos en hospitalización y uso de antibióticos de tercera generación, como consecuencia de la resistencia de los virus a los antibióticos. Asimismo, tiene que ver con el hecho de que no hay necesidad de prescripción médica para su compra, cualquiera llega a la farmacia y compra el antibiótico, se automedica.

Por otro lado, el uso de antibióticos en la cría de los animales que entran en la cadena alimentaria transmite esta misma posibilidad de resistencia, porque el antibiótico va a quedar actuando en el hombre eliminando los patógenos más sensibles y dejando aquellos resistentes. Este es otro problema que también tiene connotaciones regulatorias en los países.

Para que tengan una idea de la magnitud de lo que estamos hablando desde el punto de vista del riesgo, se deben observar los números en millones relacionados con el movimiento de personas en el mundo que representan la posibilidad de la transmisión de enfermedades. Hubo 2.000 millones de viajeros en 2006. Se puede captar que la posibilidad del control a nivel internacional se vuelve bastante limitada, porque lo que se busca es un control sin restricciones para el movimiento de personas o bienes. Se trata de llegar a un balance.

Otro ejemplo de hace algunos años, pero que demuestra otra vez el riesgo, se refiere a la posibilidad de la transmisión de la fiebre amarilla debido a la creciente industria del ecoturismo. Se organizan visitas programadas a áreas exóticas o a la selva, o áreas donde existe la posibilidad de entrar en contacto con el mosquito transmisor. El turista se acerca al ciclo de la fiebre amarilla selvática, que se da entre monos y mosquitos en la selva, y se produce la transmisión en el Brasil de viajeros de los Estados Unidos y de Europa, la transmisión en Venezuela de un ciudadano de los Estados Unidos y otro caso llevado del África a Europa.

En nuestra Región, tenemos circunstancias que en verdad generan problemas de transmisión y afectan la seguridad global en salud. En los Estados Unidos, la protección está dada porque no existe el mosquito transmisor o no existe en suficiente cantidad. Incluso si la persona infectada por la fiebre amarilla va a los Estados Unidos, la cadena de transmisión se corta porque no existe el mosquito transmisor en abundancia.

No obstante, eso puede cambiar. También se pueden importar los vectores en barco, con los famosos neumáticos usados que suponen otro problema regulatorio importante sobre la forma de usarlos porque pueden recolectar agua de la lluvia y transformarse en un criadero de mosquitos transmisores, no solamente de la fiebre amarilla, sino también del dengue, que es uno de los problemas que todos los países estamos enfrentando en la actualidad.

Por un lado, hablamos de lo que se refiere al efecto en salud desde el punto de vista de casos, hospitalizaciones y defunciones. Pero, no es menos importante el efecto de algunos de estos problemas en la economía.

Como ya mencionara, el SARS es un problema relativamente pequeño en el grupo de países que fueron más afectados —Canadá, China y Singapur—. Sin embargo, el costo económico se calculó entre aproximadamente US\$ 30 y US\$ 50 billones. Otros ejemplos, como el de la encefalopatía bovina esponjiforme, el mal de la vaca loca en el Reino Unido, la fiebre aftosa y, más recientemente, la gripe aviaria en Asia, representaron un costo de entre \$8 y \$12 billones.

Lo que estoy tratando de demostrar es, por un lado, el riesgo en salud propiamente dicho, a lo que se debe sumar el riesgo económico con sus consecuencias sobre la capacidad del Estado y del país por la disminución de sus ingresos, el financiamiento de las necesidades de servicios de salud y de alimentación, y en el caso específico de la gripe aviar, la eliminación de esas grandes cantidades de aves con las que desapareció una fuente importante de proteínas para gran parte de la población que las consume. También es un problema de seguridad alimentaria que podemos observar por su efecto económico.

Asimismo, se trata de un problema de seguridad en salud debido al cambio del patrón de consumo. Esta situación fue señalada por los estudios que se hicieron en la Región cuando se presentó la epidemia del cólera en América Latina. En el momento en que la población se ve amenazada por un riesgo en salud y las mismas autoridades de salud deben tomar determinadas medidas de control de carácter domiciliar o familiar, como, por ejemplo, la desinfección del agua y la higiene personal, la población cambia su patrón de consumo y deja de comprar leche y útiles escolares para sus niños y pasa a comprar jabón y lavandina para desinfectar el agua que consume.

Allí se presenta nuevamente una situación que afecta la disponibilidad de ingresos de las familias para responder a la crisis y fomenta y profundiza la inequidad. En realidad, el Estado debería hacerse cargo de la responsabilidad de proveer agua segura para la población, pero en los países afectados no siempre es posible.

En la Asamblea Mundial de la Salud de 1995, los países pidieron a la Organización Mundial de la Salud que revisara el Reglamento Sanitario Internacional en función de este cúmulo de nuevas enfermedades que estaban surgiendo, fundamentalmente con respecto al problema de la enfermedad por el virus de Ébola. A medida que pasaba el tiempo, se sumaron otros problemas, como la amenaza del bioterrorismo y el ántrax en los Estados Unidos.

También la decisión de los Estados Unidos de vacunar a la población, en especial a la población de trabajadores de salud y los militares —de manera obligatoria para estos y voluntaria para los primeros— para protegerse de situaciones potenciales de bioterrorismo. Más recientemente, apareció la gripe aviar y el caso de tuberculosis excesivamente resistente a las drogas en los Estados Unidos, donde una persona viajó

a Europa y volvió por el Canadá, sabiendo que tenía esa enfermedad, no la denunció y se resistió a cumplir con el tratamiento recomendado.

A partir del 1995, se establecieron varios foros para revisar el Reglamento. Es cierto que entre 1995 y hasta 2001, cuando otra vez en la Asamblea Mundial de la Salud se trae a colación la seguridad sanitaria mundial como una amenaza a tener en cuenta, la revisión no fue muy activa. A partir de entonces, se ha acelerado.

Cuando estábamos justamente en el proceso de determinar si el nuevo Reglamento respondía a las necesidades de los países, organizamos en el año 2003 una gran actividad en la Región de las Américas, en la cual grupos de representantes de los países participaron en consultas regionales. En el grupo nacional, en especial, había funcionarios de los ministerios de relaciones exteriores, salud y agricultura. En algunos casos, había abogados que trabajaban en áreas de legislación en salud.

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2005 se adoptó el Reglamento. En 2006, también en función de la gripe aviar, se solicitó la aplicación inmediata del Reglamento que debía entrar en vigor el 15 de junio de 2007 para todos los países, con la excepción de los Estados Unidos y la India, que presentaron reservas. Ahora, el Reglamento ya está en efecto para esos países porque no presentaron ninguna excepción o manifestación en relación con esas reservas; el mismo entró en vigencia el 17 de julio de 2007 para todos los países del mundo que son Miembros de la OMS.

Con la actualización del Reglamento, pasamos de un paradigma de defensa nacional de la seguridad en salud a un paradigma de seguridad y bienestar humano, que es el concepto de seguridad global en salud. Queda en manos de los países mejorar las condiciones de vida y las condiciones de los servicios de salud, para responder y defender a sus ciudadanos antes de que un problema asuma características nacionales.

En resumen, la finalidad y el alcance del Reglamento tienen que ver con la necesidad de un equilibrio entre el control de las enfermedades y la transmisión internacional por un lado y, por el otro, la necesidad de que ese control cause las mínimas trabas al comercio y al movimiento de pasajeros. Aunque ese equilibrio es difícil, el objetivo del Reglamento es lograrlo.

Además, el Reglamento también es claro en el sentido de que solamente se refiere a los riesgos de salud pública y deja de lado todos aquellos riesgos relacionados, por ejemplo, con la seguridad en términos de bioterrorismo. Los términos policiales de seguridad están fuera del ámbito del Reglamento. El Reglamento trata de ver las repercusiones de un acto intencional en la salud pública.

A diferencia de los tratados o convenciones, como la Convención Mundial del Tabaco que es el otro instrumento legal de salud pública que existe, el Reglamento Sanitario Internacional aparece en la Constitución de la OMS como un instrumento que la Asamblea Mundial tiene autoridad para adoptar. Desde el punto de vista de derecho internacional, esto es suficiente para adoptarlo a nivel internacional. Desde el punto de

vista del derecho internacional, no es necesaria su ratificación por el Parlamento Nacional porque forma parte de la Constitución de la OMS. Desde el punto de vista de la legislación nacional, cada país puede requerir su ratificación para el foro nacional.

En función del movimiento de personas en el mundo globalizado, en donde las interacciones se dan en gran velocidad y volumen en función de la transmisión de enfermedades y en función de los problemas ambientales que mencionamos, se justifica la necesidad de tener reglas de carácter global en salud. Por ejemplo, en el campo de la salud y de las enfermedades transmisibles, no se puede predecir de manera segura dónde va a aparecer la próxima enfermedad nueva. En general, históricamente varios de esos problemas han aparecido en África y Asia, en donde probablemente tuvo mucho que ver la densidad poblacional y la proximidad entre seres humanos y animales, dado que gran parte de esos problemas tiene que ver con el contacto humano y animal. No hace mucho tiempo, apareció la fiebre del Nilo Occidental en las Américas y el hantavirus en Estados Unidos; después en Argentina, Chile y Panamá, donde nunca se habían presentado.

Las reglas así establecidas son necesarias en relación con dos temas: la detección y la notificación de problemas, por un lado, y las reglas para las medidas sanitarias de control que se van a tomar en el ámbito internacional por el otro.

Se trata de disminuir riesgos, no solamente de enfermedades, y este es otro cambio importante en relación con el reglamento anterior: ahora se habla también de riesgos. El ejemplo más concreto es la transmisión de enfermedades por vía de los alimentos. Un alimento contaminado no es una enfermedad, es un riesgo que el Reglamento toma en cuenta, del mismo modo que un accidente químico o radio-nuclear que puede cruzar fronteras.

Con respecto a los desafíos identificados en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, el más importante se refiere a la capacidad nacional para detectar un problema y responder al mismo cuando se trata de un problema local. Esto significa contar con recursos humanos, recursos financieros, recursos de infraestructura, recursos de organización y recursos regulatorios para responder a factores de riesgo tales como la venta de antibióticos, el control de alimentos, del comercio de animales o la exportación de animales vivos.

Obviamente, se necesitan capacidades específicas para enfermedades específicas, así como un sistema de alerta internacional en tiempo real. Por lo tanto, todos estos son elementos compartidos entre la capacidad nacional y la capacidad internacional de la OPS, la OMS y otros organismos internacionales serán eficaces si logran que esa información fluya de manera permanente y oportuna para que se pueda decidir sobre las medidas internacionales que sea necesario adoptar. El Reglamento propone que estos riesgos se enfrenten de manera colectiva, mediante el diálogo entre los países afectados y la OPS y la OMS.

Hay algunos puntos del Reglamento con relación a las provisiones esenciales de actualización.

El primero es la obligatoriedad de la notificación de toda situación que pueda constituirse en una emergencia de salud pública de importancia internacional —esta es una responsabilidad y obligación de los Estados Parte del Reglamento—, sea química, biológica o radio nuclear. La versión anterior del Reglamento no incluía este aspecto.

El segundo, establece que esa obligatoriedad de notificación es independiente del origen o la fuente de la situación, sea ella accidental, intencional o natural. Lo que interesa es el efecto y el riesgo para la salud.

Otro punto nuevo es que la OMS y la OPS, a nivel regional, tienen la potestad de utilizar otras fuentes de información, además de las fuentes oficiales del país. En el reglamento anterior, solo se podía usar la notificación oficial del Ministerio de Salud sobre un riesgo o una enfermedad. En la actualidad, funcionan sistemas de vigilancia activos mediante los cuales se busca información en otras fuentes, ya sean grupos de discusión o intercambio en la Internet, bitácoras (blogs) o prensa internacional, para tratar de identificar riesgos que pudieran no haber sido identificados por el país. A ello se agrega la responsabilidad de la OPS y la OMS de diseminar información de manera oportuna.

El punto siguiente tiene que ver con el establecimiento de las capacidades. Ahora es obligación de los Estados Miembros garantizar una homogeneidad en la que no solo los países industrializados cuenten con las capacidades, sino que todos los países tengan las mismas capacidades mínimas. El Reglamento establece el compromiso de que los países con más recursos contribuyan de manera solidaria con los países que no tengan recursos, ya sean técnicos, humanos o materiales, para desarrollar las capacidades.

El otro punto nuevo es que quien determina una situación como emergencia de salud pública de importancia internacional es la persona a cargo de la Dirección General de la OMS como resultado de una consulta con un Comité de Emergencia que se convoca en 24 a 48 horas, por medios virtuales, y en el que debe participar el país afectado. Se debe tener en cuenta que la expresión “emergencia de salud pública de importancia internacional” significa un cambio en el sentido de que se amplía el espectro de problemas más allá de las enfermedades.

Todo fenómeno con posibilidades de constituirse en un problema de salud pública de importancia internacional incluye a los que tienen causas u orígenes desconocidos. Si bien el Reglamento se refiere al ámbito internacional, el problema antes de ser internacional, es nacional. En verdad, el país debe tratar de resolverlo en el marco de su sistema nacional, enfocándose primero en el problema a nivel de su estructura que, para ser nacional, en general primero es local o municipal, después provincial y recién después nacional. Para que los países puedan tratar esos fenómenos en el marco de sus sistemas de salud de manera interinstitucional, y detectar y responder a nivel municipal o provincial sin que fenómeno se transforme en un problema nacional, deben cumplir con ciertas obligaciones entre las que se cuenta crear un Centro Nacional de Enlace, cuya función sea la comunicación efectiva con la OPS; establecer un plan de acción nacional para evaluar y desarrollar la capacidad

nacional; disponer de laboratorios, que es otro problema serio porque hay países sin toda la capacidad de laboratorio y deberán entonces contar con la posibilidad de una colaboración para ciertos diagnósticos, y desarrollar la capacidad de detección temprana e investigación de campo.

A pesar de la escasa posibilidad de interrumpir un proceso de transmisión internacional en las fronteras, existen algunos aspectos relativos al trabajo en fronteras para los cuales los países, en general, tienen muy desactualizadas sus regulaciones, ya sea para las tareas de rutina, que aparecen allí listadas, ya sea para las tareas de emergencia. De nuevo, este aspecto tiene que ver con la necesidad de una interacción dinámica con otros actores importantes, no solo con el Ministerio de Salud, tales como los operadores privados de transportes, las administraciones privatizadas de aeropuertos y puertos, y los funcionarios de relaciones exteriores.

También se trata de promover una actitud por la que se evalúen los riesgos potenciales para la salud pública en los países de América en una forma más integral que la tradicional, que era una actitud de policía sanitaria, una actitud de inspector sanitario cuya preocupación consistía en mirar las condiciones sanitarias y ambientales de un medio de transporte. Todo el proceso debe adquirir un equilibrio nuevo en función de las nuevas formas de transmisión de las enfermedades, como por ejemplo la velocidad de la misma.

También hay un cambio con respecto a la notificación a la OMS. Según el Reglamento anterior, ante cualquier notificación de fiebre amarilla, peste y cólera que hacían los países, la OPS estaba obligada a transmitir esa notificación a todos los países en 24 horas. Según el nuevo Reglamento, el país puede comunicarse de varias formas con la OPS y la información no se va a diseminar a todos los países de manera automática. Por lo tanto, el primer paso es la notificación, cuando el país se da cuenta de que, por sus características, enfrenta realmente un problema internacional. El segundo paso es la consulta o la comunicación con la OPS; la OPS garantiza la confidencialidad de esa comunicación hasta aclarar el problema mediante el diálogo entre el Estado Miembro y la Organización. Otra consideración es la comunicación de un problema que llega desde afuera del territorio nacional; por ejemplo, hubo casos en Canadá, Estados Unidos, México y Venezuela en los que ingresaron viajeros llegados de Japón que venían infectados de su país de origen. Para ese tipo de situaciones, el nuevo Reglamento exige que los países notifiquen un problema que está presenta en otro país de modo que se pueda controlar el problema en la fuente.

Otra forma de comunicación se basa en el sistema activo de vigilancia de enfermedades de la OPS. Si en un periódico de un país se informa, por ejemplo, sobre una mortandad de aves, pero el país no lo ha comunicado a la OPS, se le puede pedir la verificación o comprobación de esa información no oficial. El país tiene un plazo de 24 a 48 horas para responder a una solicitud de verificación de la OPS o la OMS.

Por otro lado, la OPS y la OMS también tienen obligaciones. Ambas deben ofrecer acceso para el intercambio de comunicaciones con los países durante las 24 horas de todos los días de la semana.

Tanto la OPS como la OMS cuentan con algunos elementos que facilitan su trabajo y se consideran las fortalezas de ambas instituciones. Una de ellas es la autoridad otorgada por el Acuerdo Internacional. La segunda es que cuentan con más de 140 oficinas de país en todo el mundo. En la Región de las Américas hay cerca de 30 y en casi todos los países hay oficinas con personal profesional capacitado para apoyar al país.

Además, tienen mucha experiencia en lidiar no solo con las enfermedades, sino también con los desastres naturales y sus consecuencias en términos de transmisión de enfermedades. Asimismo, han creado distintas alianzas con institucionales nacionales e internacionales dispuestas a colaborar con los países por su intermedio.

Me gustaría llamar la atención sobre el tema de que se está tratando de desarrollar en los países la atención a los rumores sobre problemas de salud pública, así como lo hacen la OPS y la OMS. Los países están tratando que sus sistemas no dependan solamente de la notificación del médico y del hospital, que también puedan identificar los rumores que surgen en varios foros, en especial en la Internet, y que representen una fuente muy importante y ágil de información para el trabajo en vigilancia epidemiológica.

Con el sistema de la OPS, antes de que el Reglamento entrara en vigor, entre enero de 2006 y marzo de 2007 se identificaron 27 situaciones problemáticas de las que se informó en fuentes no oficiales y que el Ministerio de Salud no había notificado. De las notificaciones recibidas, solo 23% fueron notificadas por los ministerios de salud y 60% por otros medios. Algunas fueron canalizadas por programas regionales; por ejemplo, el Programa de Inmunizaciones de la OPS supo del problema y notificó a la Oficina de la OPS en el país. Otras situaciones se conocieron primero en la oficina de Ginebra. En definitiva, lo más importante yo creo es que 60% de la información se obtiene de de la prensa o la Internet.

De las posibles 74 emergencia de salud pública de importancia internacional que se identificaron, se confirmó que 47 de ellas (62%) eran situaciones de brotes potencialmente importantes. No todos eran necesariamente importantes, pero se trataba realmente de un brote. No era un rumor infundado, había algo. En nueve de los casos se trataba de otro problema o no era un problema de salud pública y en cuatro de los casos no se pudo identificar el problema.

El objetivo del trabajo de la OPS es tratar de disminuir los tiempos de las acciones entre el inicio de un fenómeno, un caso o un conglomerado de casos, y la aplicación de medidas de control. Desde que se inicia la situación hasta que se informa a la OPS pasan alrededor de quince días. Se puede apreciar entonces el tiempo que pasa hasta que el país vecino u otro país puede adoptar una medida de control. Por otra parte, El Ministerio de Salud también identifica el problema formalmente más o menos diez días después de iniciado y luego demora un día o más para notificarlo a la OPS. Se trata entonces de reducir el tiempo que pasa entre la detección y el establecimiento de medidas internacionales de control.

Los criterios más importantes que el país debe tener en cuenta para notificar el problema como una emergencia de salud pública de importancia internacional a la OPS, incluyen que se trate de un problema grave de salud pública —que causa defunciones y hospitalización—, que el problema sea inusitado, imprevisto o nunca visto en el país, o que se trate de un síndrome desconocido; que el problema represente un riesgo de diseminación internacional, y que en el pasado un problema similar haya redundado en riesgos que justificaron la restricción de los viajes y el comercio.

Las operaciones de respuesta que el país junto con la OPS debe llevar a la práctica exigen un elemento importante de coordinación, pero además son varios los aspectos que se deben tener en cuenta para organizar la respuesta nacional e internacional.

La coordinación es importante porque en los países existen múltiples actores que proveen servicios de salud, múltiples actores que tienen intereses en lo que se haga. Si se deben sacrificar animales, se debe negociar teniendo en cuenta el equilibrio entre el riesgo y el costo de hacerlo. Además, hay aspectos de logística y seguridad, tanto en los países de las Américas como del resto del mundo, relacionados con la seguridad de los trabajadores de salud que son atacados o mal recibidos cuando tienen que aplicar determinadas medidas de control para cumplir con la vigilancia epidemiológica. También, hay otro elemento que se refiere a la movilización social para lograr que la población y las autoridades locales, en especial, asuman o apoyen las acciones. Para ello es necesario que se reconozcan como socios y no antagonistas.

Con respecto a la situación del SARS y el tiempo que tardó la República Popular de la China en admitir o denunciar el problema que empezó a fines de 2002 y principios de 2003, la primera información oficial que tuvo la OMS vino de Viet Nam a raíz de un caso importado de la China en marzo. Es decir que hubo un brote de características muy importantes por su posibilidad de diseminación internacional y recién el 15 de marzo se pudo tomar la decisión de establecer una medida de control internacional.

La OPS ha estado trabajando en las Américas con los sistemas de integración regional que ya existen y que son foros del más alto nivel gubernamental para formular acuerdos entre países de manera de homogeneizar sus reglamentaciones. A partir de esas asociaciones subregionales se pudo crecer para llegar a una asociación regional como el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Organismo Andino de Salud (ORAS) dentro de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) y la Reunión de Salud y Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD).

También hay foros mundiales, globales, como la Red de Influenza, la Red de Inocuidad de Alimentos (INFOSAN), una red específica para salmonela y la Red Mundial para Alerta y Respuesta a Brotes, que reúne a 170 instituciones que proveen recursos técnicos y humanos de la mejor excelencia técnica del mundo para responder a un brote en cualquier lugar del mundo en un plazo de 24 a 48 horas.

Algunos elementos que el grupo de asesores legales de la OMS que trabajan en Reglamento, consideran potencialmente importantes en la revisión de la legislación nacional para poder aplicar el Reglamento se refieren, entre otros, a la privacidad de la información personal, porque en el Reglamento se habla de recolectar cierta información personal de los viajeros y sus contactos; al procedimiento de aislamiento y cuarentena; a los exámenes médicos exigidos por una medida de salud pública, y a la responsabilidad por la atención médica de las personas que están en cuarentena o aisladas, y los costos asociados.

Otros puntos se refieren a la relación entre lo que prevé el Reglamento y otras reglamentaciones nacionales para grupos o subgrupos poblacionales específicos, como por ejemplo la legislación específica para la protección de las poblaciones indígenas, la relación con otros acuerdos internacionales a los que el país está adscrito, y la coordinación y comunicación con autoridades subnacionales, que puede ser un problema para países como Argentina, Canadá, Estados Unidos y México en los que el poder provincial o estatal se debe coordinar con el poder federal. Por último, la relación entre lo que establece el Reglamento y la legislación para los operadores internacionales de medios de transporte y sus responsabilidades.

Para finalizar, esta es la forma en que la OPS y la OMS consideran el Reglamento Sanitario Internacional: se trata de un marco que brinda un real asidero para las acciones encaminadas a la seguridad mundial en salud. Por un lado, tratar de contener los riesgos conocidos, como la fiebre amarilla, el sarampión y la salmonela, y al mismo tiempo estar preparados para responder a problemas nuevos como el SARS, el virus de Ébola, la fiebre del Nilo Occidental o la viruela de los monos.

También se deben mejorar los preparativos del mismo modo que se hace para los desastres naturales, para los que está planificada la respuesta y esa planificación funciona como un seguro, porque se trata de tener todo lo que tiene que estar en su lugar antes de que se presente el problema. Sin embargo, la OPS solo puede lograrlo con la colaboración de sus alianzas entre países y entre instituciones intergubernamentales, mediante su relación con la Organización Mundial del Comercio, la Organización Marítima Internacional, la Organización Internacional del Turismo y con entidades privadas como la Asociación de Transporte Aéreo Internacional (ATA). A veces las negociaciones son difíciles porque se deben equilibrar las necesidades de las instituciones con las necesidades de la salud pública.

Gracias.