

LA ACCIÓN EXTRAORDINARIA EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Pablo Kuri Morales
Liliana Reyes Sanvicente
Jan Gutiérrez Sereno
Andrés Castañeda Prado
Sonia López Álvarez

La Revolución Mexicana significó un cambio importante en la salubridad general, y hemos observado al paso de los años cómo se ha ido transformando el derecho a la protección de la salud. De su redacción en 1917 a la fecha, la Constitución ha sido objeto de reformas que han permitido el reconocimiento de los derechos de igualdad entre los hombres y las mujeres. Con la Declaración de los Derechos Humanos aprobada por la Organización de las Naciones Unidas en 1948,¹ el derecho a la protección de la salud comenzó a visibilizarse y, finalmente, el 3 de febrero de 1983 se elevó a rango constitucional adicionando el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el párrafo penúltimo, que a la letra dice:

¹ La Declaración, definida como el «ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse», fue adoptada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General. Sus treinta artículos enumeran los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales básicos con los que deberían contar todos los seres humanos del mundo. Las disposiciones de la Declaración Universal se consideran normas de derecho consuetudinario internacional por su amplia aceptación y por servir de modelo para medir la conducta de los Estados.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.²

Conviene distinguir entre el derecho humano a la protección de la salud y otros derechos, como son la libertad de expresión, la libertad de tránsito y la libertad de pensamiento. Respecto a estos últimos, el Estado se limita a no interferir en su ejercicio, pues sólo vigila y sanciona conductas violatorias a los mismos, es decir, el Estado tiene una obligación de no hacer. Por el contrario, en cuanto al derecho a la protección de la salud, el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, esto es, que el Estado tiene obligaciones de hacer, de sus acciones u omisiones dependerá el ejercicio de este derecho, el Estado genera las condiciones para garantizar la efectividad de este derecho.

Inicialmente, el cumplimiento de este derecho tenía un enfoque local, sin embargo, con la Revolución Mexicana, se inició el establecimiento del orden constitucional en todas las regiones del país, quedando el Estado mexicano como el único responsable del cumplimiento de este derecho.

Al respecto, Pedro Escribano define el derecho constitucional a la protección de la salud como: “Aquel derecho que se ostenta frente al estado a fin de obtener una acción positiva de éste dirigida a la efectiva satisfacción de la salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto”.³

En 1891, se crea el primer Código Sanitario,⁴ siendo México el primer país en contar con una legislación sanitaria, en donde se estableció junto con la Federación una administración local propia de los estados en materia de salubridad.

² http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4794103&fecha=03/02/1983

³ Pedro Escribano Collado, *El derecho a la salud*, España, Cuadernos del Instituto García Oviedo, Universidad de Sevilla, 1976, p. 44.

⁴ Promulgado el 15 de julio de 1891 y puesto en vigor el 1 de agosto siguiente.

En 1894,⁵ se modifica dicho Código, estableciendo reformas para mejorar el servicio público, se imponen impuestos federales, visas médicas de entrada y salida, por cuarentena y desinfección.

En 1902,⁶ se modifica nuevamente el Código Sanitario, asentando mayores restricciones a la libertad de entrada al territorio de la República, de salida, de circulación y de residencia.

Asimismo, el 12 de noviembre de 1908 se reforma la Constitución de 1857, dicha reforma se considera la más importante en materia de salubridad, ya que se facultó por primera vez al Congreso de la Unión para dictar leyes que garantizaran una correcta actividad sanitaria en todo el país, quedando de la siguiente manera:

Artículo 72. El Congreso tiene facultad:⁷

[...]

XXI. Para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

Posteriormente, en la Constitución promulgada el 5 de febrero de 1917, se plasmaron las principales demandas sociales, económicas y políticas de la Revolución. Entre las modificaciones realizadas se destaca la adición de la fracción XVI del artículo 73 correlativa de la fracción antes citada, quedando hasta la fecha de la siguiente manera:⁸

[...]

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República:

Ira. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país;

2da. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obli-

⁵ Promulgado el 10 de septiembre de 1894 y puesto en vigor el 15 de octubre siguiente.

⁶ Promulgado el 15 de enero de 1903.

⁷ http://www.diputados.gob.mx/biblioteca/bibdig/const_mex/reformas-1916.pdf

⁸ <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Mexico/mexico1917.html>

gación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República;

3ra. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país;

4ta. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan [...]

De la lectura anterior y de la posterior reforma al artículo 4o. constitucional, se desprende que debe existir una concurrencia entre la Federación y las entidades federativas para hacer efectivo este derecho y su sustento en leyes secundarias que definen las bases y condiciones para ejercer el derecho a la salud, entre las que destacan la Ley General de Salud, las normas oficiales mexicanas, así como las leyes de salud locales, que en su conjunto son instrumentos legales que contienen criterios fundamentales, con la única finalidad de mejorar los servicios de salud que prestan las instituciones, entre las cuales se encuentran aspectos de prevención de enfermedades y promoción de la salud, trato adecuado de los usuarios de los servicios de salud tanto de carácter técnico administrativo, de capacitación, así como de carácter clínico.

En este sentido la Ley General de Salud señala expresamente:⁹

Artículo 2o. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

⁹ Ley General de Salud, Nueva Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, texto vigente.

- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Actualmente le corresponde al Sistema Nacional de Salud¹⁰ hacer frente a los problemas de salud que aquejan a nuestro país.

Es importante señalar que para que el Estado pueda velar por el derecho a la protección de la salud, todas las acciones se deben regular, de tal suerte que el individuo pueda exigir su cumplimiento.

LAS ACCIONES “EXTRAORDINARIAS”

Como se comentó con anterioridad, existen regulaciones secundarias cuyo contenido específico, establece las acciones que el Estado mexicano debe realizar para cumplir con el derecho a la protección de la salud, y es el caso de las acciones extraordinarias en salud. De la Ley General de Salud se desprende el articulado que define a la acción extraordinaria¹¹ en materia de salubridad general como aquella acción que procede ante la posibilidad de situaciones de emergencia, como por ejemplo, el súbito deterioro del ambiente que ponga en peligro inminente a la población. En todos los casos se ordena la ejecución inmediata de medidas indispensables por parte de la Secretaría de Salud para prevenir y combatir los daños a la salud y para el caso de deterioro del ambiente, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras dependencias,

¹⁰ Ley General de Salud, artículo 5o. El Sistema Nacional de Salud, está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, teniendo por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

¹¹ Título Décimo, Acción Extraordinaria en Materia de Salubridad General, Capítulo único, artículos 181, 182, 183, y 184.

a reserva de que tales medidas sean después sancionadas por el Presidente de la República Mexicana.

Un claro ejemplo de acción extraordinaria es el de la Pandemia de influenza en el año 2009, durante la cual, con el propósito de combatir la epidemia, se implementaron medidas de control de manera inmediata en todas las regiones afectadas del territorio nacional, tales como: el aislamiento de personas que pudieran padecer la enfermedad y de los portadores del virus que la causa, por el tiempo que fuere necesario; aplicación de vacunas, entre otras.

Pero también existen medidas extraordinarias de prevención, como lo fue el brote del virus del Ébola en países africanos (Liberia, Guinea y Sierra Leona) en el año 2014. En esa ocasión se implementaron medidas preventivas para la vigilancia epidemiológica y para la preparación para la eventual aparición en territorio nacional de un caso, ya que el país se encontraba en riesgo de que eso sucediera.

Para poder ejecutar esas medidas preventivas, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, fue necesario que el Presidente de la República expidiera un Decreto¹² y que el Consejo de Salubridad General emitiera un Acuerdo,¹³ mediante el cual se incluyó al virus del Ébola como una enfermedad transmisible que debe ser objeto de vigilancia epidemiológica, prevención y control en términos de lo dispuesto por la Ley General de Salud, para que con esta inclusión, la Secretaría de Salud y demás autoridades sanitarias,¹⁴ pudieran ejecutar las medidas preventivas, en caso de la aparición de dicho virus en el país.

Se destaca la importancia de incluir, al virus del Ébola, en el rubro de las enfermedades transmisibles sujeta a vigilancia epidemiológica,

¹² Decreto por el que se sanciona el acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la vigilancia epidemiológica, prevención, control y combate de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus del Ébola, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 24 de octubre de 2014.

¹³ Acuerdo mediante el cual se determina que la enfermedad transmisible por el virus del Ébola, debe estar sujeta a vigilancia epidemiológica, prevención y control, en términos de lo dispuesto por el artículo 134, fracción XVI, de la Ley General de Salud, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 23 de octubre de 2014.

¹⁴ Artículo 4o. Son autoridades sanitarias: I. El Presidente de la República; II. El Consejo de Salubridad General; III. La Secretaría de Salud, y IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo al Gobierno del Distrito Federal.

como materia de salubridad general, para que la autoridad sanitaria en este caso, la Secretaría de Salud, pueda ejecutar las acciones extraordinarias necesarias para combatir los daños a la salud que se pudieran ocasionar con la entrada de este virus, ya que como comentamos con anterioridad, para que el Estado pueda velar por el derecho de protección a de la salud, todas las acciones se deben regular.

De igual manera, es importante destacar que existe una Norma Oficial Mexicana, la NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica, que lista todas aquellas enfermedades que son objeto de vigilancia epidemiológica, de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, esta norma establece los criterios, especificaciones y directrices de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria, sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes.¹⁵

De lo anterior se desprende que las instituciones públicas tienen el deber de adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en la protección de la salud y el deber jurídico de las autoridades vinculadas con los servicios públicos de protección de la salud para adoptar medidas y dar efectividad plena al derecho humano a la protección de la salud.

A continuación, abordaremos los siguientes casos en particular:

- Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres.
- Preparación de la respuesta ante la amenaza del Ébola en México.
- Preparación y respuesta ante la pandemia de influenza en 2009.
- Programa de Vacunación Universal:
 - Campaña para la erradicación de la viruela.
 - Campaña para la eliminación de la polio.
 - Campaña para la eliminación del sarampión.
 - Campaña para la eliminación de la rubeola y el síndrome de rubeola congénita.

¹⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de febrero de 2013.

ATENCIÓN DE URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DESASTRES

Nuestro país está conformado por un vasto conjunto de realidades y condiciones geográficas, climatológicas, biológicas y de actividad humana, lo cual hace que, a lo largo de los años, se haya tenido que hacer frente a situaciones emergentes de la más diversa índole.

La ubicación geográfica de México hace que los desastres naturales, ya sea de origen hidrometeorológico o sísmico, se presenten con relativa frecuencia en diversos puntos del país, algunas veces de manera simultánea, poniendo en peligro a nuestra población, y en particular a aquellos sectores menos favorecidos económicamente hablando. Por otro lado, la complejidad de las aglomeraciones humanas y la actividad productiva son escenarios propicios para que emergencias de tipo socio organizativas o de exposición a contaminantes o toxinas puedan darse. Asimismo, el surgimiento de nuevas enfermedades, la presencia de cepas nuevas de algunos agentes infecciosos como la influenza o de aquellas que presentan resistencia a los tratamientos que se usan para combatirlos, tal es el caso de la resistencia antimicrobiana, que acaba de ser objeto de una llamada de alerta en la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹⁶ así como el riesgo de importación de enfermedades de otras regiones del mundo, son riesgos latentes.

A este panorama hay que añadir, dada la interacción de México con el mundo y los escenarios de inestabilidad que a nivel global se observan, la poco probable, aunque no imposible, utilización de armas de destrucción masiva, que tienen la capacidad de eliminar a un número elevado de población de manera indiscriminada y causar grandes daños económicos y medioambientales, lo que representa un nuevo riesgo para el país o, incluso las acciones de terrorismo y particularmente las de bioterrorismo, como las que se pudieron haber presentado después

¹⁶ OMS, Nota descriptiva, “Resistencia a antimicrobianos”, septiembre 2016 [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/es/>].

de los acontecimientos del 9 de septiembre de 2001 en los Estados Unidos y los ataques con ántrax.¹⁷

Todas estas situaciones tienen en común el hecho de que no pueden ser previstas y por ello requieren del desarrollo y la implementación de planes de respuesta integral, los cuales, basándose en la experiencia previa y tomando en cuenta todos los escenarios posibles, permitan ofrecer una respuesta coordinada, efectiva y oportuna que limite los daños a la población, siendo a la vez lo suficientemente flexibles, de manera que se puedan adaptar a las condiciones cambiantes que estos fenómenos suelen presentar.

La Secretaría de Salud cuenta desde 1997 con un Programa de Acción Específico de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, el cual ha ido evolucionando y, a través de sus estrategias y líneas de acción, busca preparar a los servicios de salud a nivel estatal y nacional para responder ante cualquier emergencia, independientemente de su origen que pudiera tener repercusiones en la salud de la población, al identificarlas de manera oportuna y atendiendo con prontitud a la población afectada.¹⁸

Los componentes básicos de la respuesta organizada a emergencias implican acciones específicas en el periodo previo al evento emergente, enfocadas primordialmente a la preparación por medio de la capacitación, el acopio de insumos necesarios que permitan contar con una reserva estratégica para poder hacer frente a múltiples escenarios, así como la ejecución de simulacros que permitan poner en práctica los planes desarrollados, evidenciar áreas de oportunidad y afinar los procesos, de manera que al enfrentar una situación real se cuente con protocolos bien establecidos y validados.

La atención de la emergencia en sí, busca atender a la población que fue afectada por el fenómeno perturbador a través de una respuesta organizada, efectiva y oportuna, limitando en la medida de lo posible los daños a la salud de la población asentada en las localidades afectadas, brindando atención médica, psicológica y de restablecimiento de la infraestructura sanitaria básica, de manera que las comunidades puedan

¹⁷ UCLA, Department of epidemiology, “American anthrax outbreak of 2001” [http://www.ph.ucla.edu/epi/bioter/detect/antdetect_intro.html].

¹⁸ Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico, Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres 2013-2018.

transitar a la normalidad de forma más pronta, poniendo primordial énfasis en la Vigilancia Epidemiológica, la cual busca detectar de manera oportuna posibles brotes de enfermedades e implementar acciones encaminadas a cortar la cadena de transmisión de los mismos, con primordial atención en el periodo inmediato tanto a las enfermedades diarreicas agudas, como a las infecciones de vías respiratorias, mientras que en el periodo mediato las enfermedades transmitidas por vector, se vuelven de relevancia.¹⁹

Ejemplos de la respuesta oportuna y coordinada de la Secretaría de Salud ante la presencia de agentes infecciosos emergentes, son la de la Influenza en el año 2009²⁰ y las previsiones ante la posible introducción de casos de Ébola en los años 2014-15,²¹ temas que serán revisados con detalle más adelante. Dentro de la atención de desastres naturales podemos citar las inundaciones en Tabasco y Chiapas en el año 2007, así como las afectaciones debidas a los huracanes Ingrid y Manuel que afectaron ambas costas del país en el año 2013,²² los cuales envistieron varios estados de manera simultánea y supusieron un reto para abarcar a toda la población afectada. Esta situación, por fortuna pudo ser solventada con los recursos con que se contaba y con base a experiencias previas. También vale la pena hacer mención del operativo en salud implementado en Baja California Sur, al verse

¹⁹ Secretaría de Salud, CENAPRECE, Manuales para la atención a la salud ante desastres, [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/Manuales-AtencionSaludDesastres.html]

²⁰ Pablo Kuri Morales, *et al.*, “Pandemia de influenza: la respuesta de México”, en *Salud pública*, México, revista electrónica, 2006, pp. 72-79.

²¹ Secretaría de Salud, “Normas y lineamientos sobre el virus del Ébola”, 30 de junio de 2014, [http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/normas-y-lineamientos-sobre-el-virus-del-ebola]. Secretaría de Salud, “Manual de preparación y atención de casos de enfermedad por virus Ébola”, [http://portal.salud.gob.mx/ebola/pdf/Manual_de_preparacion_y_atencion.pdf].

²² “Operativo de Salud federal por los ciclones tropicales Ingrid y Manuel”, 01 de octubre de 2013, [http://www.gob.mx/salud/prensa/operativo-de-salud-federal-por-los-ciclones-tropicales-ingrid-y-manuel]. Secretaría de Salud, “Boletín de Prensa Operativo de Salud Federal por los ciclones tropicales Ingrid y Manuel”, 11 de octubre de 2013, [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/operativofederal/Boletin_prensa%20Ingrid_Manuel_111013.pdf]. *Radio Fórmula*, “Realizan operativo de salud federal por *Ingrid* y *Manuel*”, 2 de octubre de 2013, [http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?idn=359104].

afectado dicho estado por el Huracán Odile en 2014.²³ Finalmente, en cuanto a la respuesta ante accidentes de índole químico, podemos señalar la oportuna acción de la Secretaría de Salud ante el derrame de sulfato de cobre acidulado en los ríos Sonora y Bacanuchi durante el año 2014.²⁴



Imagen proporcionada por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

Es de resaltar que el hacer frente con relativa frecuencia a eventos emergentes de la más diversa índole, ha permitido que el personal de la Secretaría de Salud, tanto quienes desempeñan funciones operativas como gerenciales, hayan adquirido al paso del tiempo un cúmulo de conocimientos y de experiencia vasto, lo cual ha tenido

²³ *Centro de Noticias*, “Se refuerza promoción de la salud y saneamiento básico por *Odile*”, Promoción de la Salud, 22 de septiembre 2014 [<http://www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=9263>]. *Noticieros Televisa*, “Dependencias federales coordinan ayuda para afectados por *Odile* en BCS”, 21 de septiembre de 2014, [<http://noticieros.televisa.com/mexico/1409/dependencias-federales-respaldan-afectados-odile-bcs/>].

²⁴ “Derrame de sulfato de cobre en el río Bacanuchi, (afluente del río Sonora)”, [http://www.semarnat.gob.mx/sites/default/files/documentos/presentacion_conferencia_derrame.pdf]; “Presenta PROFEPA denuncia penal contra responsables de derrame en río Bacanuchi”, [http://www.profepa.gob.mx/innovaportal/v/6230/1/mx.wap/presenta_profepa_denuncia_penal_contra_responsables_de_derrame_en_rio_bacanuchi.html].

como efecto que, independientemente de la intensidad de los eventos que afectan a población, las afectaciones a la salud sean rápidamente identificadas, resueltas y por ende el regreso a la normalidad se presente de manera más expedita. Aún más, esta experiencia ha permitido a nuestro país tender la mano a otras naciones en sus momentos más oscuros; ejemplos de ello ha sido el apoyo brindando a Haití en 2010 en el combate de un brote de cólera²⁵ y más recientemente, el auxilio prestado a Ecuador tras el sismo de abril de 2016,²⁶ donde ha quedado patente, además de la solidaridad de nuestro país para con el resto de las naciones, como el nivel de efectividad que la respuesta ante desastres se tiene en México.



Imagen proporcionada por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

²⁵ *La Prensa*, “México envía personal médico y material a Haití”, <http://www.laprensa.com.ni/2010/10/27/internacionales/523594-mexico-envia-personal-medico-y-material-a-haiti>.

²⁶ *Excélsior*, “Envía México ayuda humanitaria y de rescate a Ecuador, por sismo”, <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/04/18/1087213>.

PREPARACIÓN DE LA RESPUESTA ANTE LA AMENAZA DEL ÉBOLA EN MÉXICO

La enfermedad por el virus del Ébola (EVE) es una enfermedad grave, a menudo mortal en el ser humano. El primer brote documentado de enfermedad por virus Ébola (EVE) ocurrió en 1976 simultáneamente en Zaire y Sudán, donde se detectaron 318 casos y 280 muertes con una tasa de letalidad de 88 por ciento. Este brote fue causado por la cepa *Ebolavirus Zaire*, una de las más epidémicas, virulentas y mortales de la historia.²⁷

El brote de Ébola en África Occidental del año 2014 fue el más extenso y complejo que se ha producido desde que se descubrió el virus en 1976. Durante el mismo, hubo más casos y más muertes que en todos los brotes previos juntos. Además, de que se extendió a diferentes países, ya que empezó en Guinea y después se propagó a través de las fronteras a Sierra Leona y Liberia, por vía aérea a Nigeria y a los Estados Unidos (1 viajero), y por transporte terrestre a Senegal (1 viajero) y Malí (2 viajeros).

En marzo del 2014 ante la aparición de los casos de Ébola en Liberia Sierra Leona y Guinea Ecuatorial, se inician en México una serie de acciones ante la posible llegada de esta enfermedad a nuestro país, entre las que destacan el seguimiento por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sinave) del brote en África, sesiones informativas con el personal de salud, entrevistas en medios de comunicación. Asimismo, se llevó a cabo una reunión del Comité Nacional de Seguridad en Salud, se emitieron boletines de prensa y videoconferencias con los estados, se hicieron avisos preventivos de viajes a las zonas afectadas, se designaron unidades hospitalarias con capacidad resolutive cercana a los aeropuertos internacionales, se integró un grupo de respuesta para atención médica, se designó la unidad de quemados del Instituto Nacional de Rehabilitación para la atención de casos sospechosos, se emitieron lineamientos para la vigilancia epidemiológica, se actualizaron las reservas estratégicas de insumos, se emitió un manual de atención

²⁷ Secretaría de Salud, “Lineamientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico por laboratorio de enfermedad por el virus del Ébola”, Dirección General de Epidemiología, 2014.

médica, se capacitó a médicos y enfermeras, se sumaron al esfuerzo nacional los hospitales privados, y entre todas estas acciones destaca la publicación en el *Diario Oficial de la Federación* el 23 y 24 de Octubre de 2014, de un acuerdo y un decreto presidencial para la vigilancia epidemiológica, prevención, control y combate de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus del Ébola en concordancia con el artículo 134, fracción XIV, de la Ley General de Salud.

La coordinación permanente con los secretarios Estatales de Salud, la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), la Secretaría de Marina (Semar), el Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (Senasica), la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (Semarnat) y la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), permitió articular un plan de respuesta aún más eficiente. Además de una coordinación internacional con la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Grupo de Seguridad Global en Salud (G7 + México).

Hasta el momento no ha llegado a nuestro país ningún caso de Ébola, pero lo comentado líneas arriba da cuenta de que se ha generado todo el andamiaje técnico, jurídico y administrativo para que se pudiera enfrentar dicha enfermedad en caso de que llegara a presentarse algún caso en territorio nacional.

RESPUESTA ANTE LA PANDEMIA DE INFLUENZA EN 2009

La influenza es una enfermedad aguda de las vías respiratorias distinta al catarro común, ya que éste es causado por diferentes virus (rinovirus, adenovirus, coronavirus, etcétera), mientras que la influenza es causada por el virus del mismo nombre. Éste a diferencia del catarro común, puede llegar hasta los pulmones, causando una enfermedad respiratoria severa, lo que nos hace tener especial cuidado con ella.²⁸

²⁸ C. F. Arias y S. López, “Epidemia de influenza: ¿qué es y qué hacer?”, en *Gaceta Facultad de Medicina*, UNAM, 2009, pp. 3-5.

La palabra viene del término latino *influentia*, aparecido en Italia en el siglo xv, ya que se pensaba que la enfermedad era producto de la influencia de los astros. Es una enfermedad respiratoria aguda, ocasionada por un virus de la familia de los Ortomixovirus, es fácilmente transmisible en los mamíferos y algunas aves, en los que se contagia por aerosoles generados al toser o estornudar. La infección ocurre tras el contacto con fluidos biológicos o superficies contaminadas por el virus que en condiciones adecuadas de humedad y temperatura puede sobrevivir hasta por varios días sobre las superficies (fómites).²⁹

El virus de la influenza se conoce desde 1933; y actualmente se clasifica en tres tipos: A, B y C. Aunque los tipos de influenza A y B ocasionan epidemias de manera regular, el virus de influenza tipo A es el único que ha demostrado ser capaz de causar pandemias.³⁰ Los síntomas más comunes son: fiebre elevada, dolor de cabeza, cansancio y malestar intenso, tos seca, ardor de garganta, congestión nasal y dolores musculares intensos.

Esta enfermedad se presenta durante todo el año y afecta a personas de todas las edades; sin embargo, el mayor número de casos ocurre en el invierno.³¹ Los grupos de mayor riesgo de presentar complicaciones y muerte son: niños menores de cinco años, adultos mayores de 65 años, embarazadas, enfermos crónicos, pacientes inmunocomprometidos y personas obesas.

Desde el siglo pasado se ha observado con cierta frecuencia la presencia de pandemias de influenza, se piensa que aproximadamente cada 40 años se presentan cambios mayores en los virus de influenza (mutaciones), lo que puede derivar en pandemias que afectan a millones de personas de todos los grupos de edad alrededor del mundo.³² Este fenómeno está dado por la aparición de nuevas cepas de virus de in-

²⁹ Miguel Betancourt Cravioto, *et al.*, “Situación actual de la influenza A (H1N1) en el mundo”, en *Gaceta Médica de México*, 2010, pp. 146, 437-440.

³⁰ DGE, Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza, México, Secretaría de Salud, 2006.

³¹ Pablo Kuri Morales, “La pandemia de influenza: posibles escenarios en México”, en *Gaceta Médica de México*, 2008, pp. 144, 285-290.

³² DGE, *op. cit.*

fluencia capaces de brincar la barrera interespecie y pasar de los reservorios naturales en las aves a los mamíferos, incluyendo al ser humano.³³

A lo largo de los años se han registrado varias pandemias de influenza, la primera entre 1918 y 1919 con la gripe española, coincidiendo prácticamente con la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917. La segunda gran pandemia ocurrió en 1958 y la tercera en 1968.³⁴ La última de ellas se dio en este siglo, en el año 2009, causada por una nueva cepa de influenza, capaz de transmitirse fácilmente entre personas y con el potencial de ocasionar enfermedad grave entre humanos.³⁵ Esta última pandemia demandó a México acciones extraordinarias en salud para las que el país ya se encontraba preparado.

Las pandemias de influenza condicionan un reto para cualquier sociedad, ya que se genera un incremento súbito en la demanda de consultas médicas, altas tasas de hospitalización y de muerte. Tienen un efecto importante en la economía y en el bienestar social, como consecuencia del ausentismo laboral y de la limitación del flujo de personas y de mercancías entre países y regiones.³⁶ Por esta razón, en México se considera un tema de seguridad nacional y se maneja como tal.

Desde 1999 la OMS publicó un primer documento llamado *Influenza Pandemic Plan*.³⁷ En 2003, al institucionalizarse en México el concepto de seguridad en salud, se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud (CNSS), como un órgano colegiado del más alto nivel, encabezado por la Secretaría de Salud, con la responsabilidad de analizar, definir, dar seguimiento y evaluar las políticas nacionales en materia de seguridad en salud.³⁸ Una de las políticas adoptadas desde entonces es que a partir del 2004, cada año Birmex importa, controla y distribuye cerca de 20 millones de dosis de vacuna contra influenza

³³ Betancourt, *et al.*, *op. cit.*, pp.146, 437-440.

³⁴ Kuri, *op. cit.*, pp. 144, 285-290

³⁵ Betancourt, *et al.*, *op. cit.*, pp. 146, 437-440.

³⁶ Kuri, *et al.*, *op. cit.*, pp. 48, 72-79.

³⁷ DGE, *op. cit.*

³⁸ Kuri, *et al.*, *op. cit.*, pp. 48, 72-79.

estacional, las cuales se entregan a las distintas instituciones del Sector Salud.³⁹

Al hablar de la emergencia o reemergencia de las enfermedades existe siempre un factor de incertidumbre, ocasionado principalmente por la participación del azar en los cambios adaptativos de los agentes infecciosos,⁴⁰ éste es el caso de la influenza, por lo que desde 2006 se tiene diseñado el Plan Nacional de Preparación y Respuesta, en el que se establecen los mecanismos de coordinación entre las diferentes áreas que intervienen en la atención de la salud, para contender de manera oportuna y organizada esta eventualidad.⁴¹ En octubre de 2006 se llevó a cabo un simulacro a gran escala en cuatro estados del país (Chihuahua, Hidalgo, Tabasco y el entonces Distrito Federal), con la participación de más de tres mil personas, la Secretaría de Marina y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) entre otras instancias.

“El objetivo del Plan es proteger a la población mexicana mediante la instrumentación oportuna de acciones coordinadas para hacer frente a las necesidades de atención con la finalidad de reducir el impacto de un evento de esa naturaleza en el país”.⁴² La creación del CNSS, el diseño de este plan y su implementación durante la pandemia de 2009 constituyen sin duda acciones extraordinarias en salud.

Las líneas de acción del Plan consideran prioritariamente: coordinación, vigilancia epidemiológica (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza), atención médica, difusión y movilización social, y reserva estratégica (antivirales, equipos de laboratorio, para la protección del personal de salud, de telecomunicaciones, etcétera).⁴³

Adicionalmente al plan de emergencia, el combate contra la influenza se lleva a cabo todos los días mediante una coordinación intersectorial. Ejemplo de ello son la ya mencionada vacunación anual;⁴⁴ la vigilancia epidemiológica específica dentro del país y en los puntos de

³⁹ Mauricio Rodríguez Álvarez, *et al.*, “Las vacunas contra influenza, un desafío cíclico”, *Revista Digital Universitaria*, 2010, p. 11.

⁴⁰ Betancourt, *et al.*, *op. cit.*, pp. 146, 437-440.

⁴¹ DGE, *op. cit.*

⁴² Kuri, *op. cit.*, pp. 144, 285-290.

⁴³ DGE, *op. cit.*

⁴⁴ Betancourt, *et al.*, *op. cit.*, pp. 146, 437-440.

entrada y salida y la promoción de acciones como la etiqueta del estornudo, el lavado adecuado de manos, el uso frecuente de alcohol-gel, y el aislamiento voluntario de los enfermos, evitando acudir al trabajo, la escuela u otros sitios públicos cuando se está padeciendo un cuadro de infección de vías aéreas.⁴⁵

Sin duda la influenza es un ejemplo actual de cómo el conocimiento, la comunicación, la coordinación y la preparación nos permiten generar acciones extraordinarias por parte de todos los sectores e instituciones en beneficio de la salud de los mexicanos.

Cuando en 2009 llegó la nueva cepa de influenza AH1N1, se contaba con un plan y con experiencia para hacer frente a la misma. Hoy, esta variedad de influenza, es considerada estacional, de hecho desde 2010 así se considera, pero no estamos exentos de que alguna otra cepa se convierta en pandémica, no obstante, México está preparado para hacerle frente.

PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL

Existen acciones dentro del campo de la salud pública, que si bien no están estrictamente definidas como tal, si son acciones extraordinarias porque han implicado un enorme esfuerzo humano por parte del Sistema Nacional de Salud, cuyos resultados han tenido un impacto trascendental en las condiciones de vida de la población.

Por ello, a continuación nos referiremos al Programa de Vacunación Universal que desde 1991 ha logrado prácticamente todas sus metas, entre las cuales hablaremos de cinco de los hitos más trascendentales: la erradicación de la viruela, la eliminación de la polio, la rubeola junto con el síndrome de rubeola congénita y, finalmente, la eliminación del sarampión.

La vacunación es considerada como una de las políticas de salud pública con un mayor costo-efectividad, ya que la inversión que en ella se realiza permite evitar una enorme carga económica en la atención y rehabilitación de los padecimientos prevenibles por vacunación, de la misma manera que previene defunciones. Aún más, en un país donde

⁴⁵ *Idem.*

los contrastes son tan marcados como es el caso de México, la vacunación desempeña un papel de un importantísimo igualador social; a partir de la equidad inmunológica, es decir, que toda persona por el sólo hecho de ser mexicano, sin importar su nivel económico o ninguna diferencia de otra índole, tiene acceso a la protección de uno de los programas de vacunación más completos del mundo.⁴⁶

Eradicación de la viruela

En nuestro país, los esfuerzos que tuvieron lugar para el control y erradicación de la viruela, están sustentados sobre la base de la promulgación de la Constitución de 1917, y acorde con la nueva Constitución Política se creó el Departamento de Salubridad Pública, responsable de llevar a cabo tareas de gran importancia y trascendencia para la salud pública de nuestro país; entre ellas, la erradicación de la viruela, padecimiento que entre 1897 y 1917 aún había causado alrededor de 175 mil defunciones.

Para 1926, la necesidad de vacunar contra la viruela en las zonas rurales se hizo imperiosamente clara, por lo que los doctores Bernardo Gastelum y Francisco Bulman se dieron a la tarea de organizar brigadas móviles de vacunación con el objetivo de ofrecer esta protección aun en los sitios más alejados de la geografía nacional. Dichos esfuerzos se enfrentaron a no pocos retos; el transporte de estas brigadas debió ser en la mayoría de los casos a caballo o a pie, y a menudo debían hacer frente a la desconfianza que algunas poblaciones mostraban, la cual, en algunas ocasiones, llegó a ser de una oposición abierta y hasta agresiva, de ahí que algunas brigadas fueran acompañadas de escolta militar, con resultados variables.

⁴⁶ OPS/OMS “Salud en las Américas” [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=177&lang=es]. José Ignacio Santos Preciado, “Nuevo Esquema de Vacunación en México”, en *Salud Pública de México*, 1999, pp. 1-2. José Ignacio Santos Preciado, “Esquema universal de vacunación en niños en México: los nuevos retos”, en *Salud Pública de México*, 2007, fecha de consulta: 11 de octubre de 2016.

La metodología de este esfuerzo consistía en la conformación de la brigada en la Ciudad de México, seguida por una capacitación de una semana de duración, tras lo cual se les entregaba su itinerario, mapas de ruta, dinero y los insumos necesarios para su labor, tras lo cual se partía, teniendo fecha de salida, pero no de regreso, conforme a las situaciones particulares que su ruta les impusiera.

En un principio, las brigadas acudían de forma más bien reactiva con el objeto de controlar brotes de viruela, pronto fue evidente que el éxito de esta campaña se vería incrementado al aplicar la vacuna de manera general e indiscriminada.

Para los años treinta, el éxito de esta estrategia comenzó a hacerse patente, al registrarse un decremento notorio en el número de casos de viruela en el país, lo cual, por primera vez, permitió contemplar la erradicación de este mal como algo factible y al alcance de la mano.⁴⁷

En 1941 se crea, por decreto presidencial, la comisión encargada de crear y ejecutar la Campaña Antivariolosa, siendo un parteaguas, ya que a partir de ese momento se norma de manera puntual el control de la calidad de la vacuna, de los procedimientos en campo, el registro de información y evaluación de los resultados, lo que incrementó la efectividad de las acciones llevadas a cabo, de manera que en el lapso de unos años, el país pasó de tener miles de casos a un puñado en conglomerados muy limitados. De esta manera, el último caso de viruela reportado en nuestro país se presentó el 2 de junio de 1951, en San Luís Potosí, sin que se presentaran casos asociados a este, lo cual confirmó la protección de la comunidad alrededor de este único caso. Un año más tarde, al no registrarse más casos, México declaró oficialmente erradicada a la viruela en su territorio.

Es motivo de orgullo, y un verdadero tributo a los salubristas de nuestro país, el resaltar que este hito se consiguió mucho antes que en otros países de América Latina y 25 años antes de que esta meta se lograra en el mundo, lo cual ocurrió el 27 de octubre de 1977, pero más importante aún, este enorme esfuerzo en salud pública, le redituó

⁴⁷ Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, Aviso Epidemiológico, CONAVE/01/2014/Poliomielitis, 16 de mayo de 2014, “Propagación Internacional del Polio, virus salvaje en 2014”.

a nuestro país con creces, al desarrollar recursos humanos y materiales que posteriormente le permitirían emprender campañas de gran magnitud, a la vez que le abrió camino a los programas de salud que vendrían en el futuro.

*Campaña para la eliminación
de la Polio*

La poliomielitis es una enfermedad causada por la infección con poliovirus. Se transmite de persona a persona, fundamentalmente por vía fecal-oral. La infección por el poliovirus se produce en el tubo digestivo, con diseminación a los ganglios regionales y una pequeña proporción de los casos al sistema nervioso central, donde causa inflamación de las neuronas motoras de la médula espinal y del cerebro ocasionando parálisis, atrofia muscular y ocasionalmente deformidad.

En México, la poliomielitis representó un problema de salud pública en el periodo de 1937 a 1990, cuando se registraron aproximadamente 29,000 casos de poliomielitis, la mayoría de ellos en la década de los cincuentas.

En 1972, la campaña de vacunación encargada desde 1969 al doctor Carlos Calderón, destacado sanitarista de la época, alcanzó 70 por ciento de los niños menores de 5 años con la vacuna oral trivalente; como resultado, los casos descendieron desde un promedio anual de menos de 900 casos para los 5 años anteriores, hasta 221 casos entre 1973 y a 231 en 1974, y así continúan descendiendo hasta el último caso de poliomielitis salvaje ocurrido en el país el 18 de octubre de 1990 en Tomatlán, Jalisco. En México, en los últimos diez años la cobertura anual promedio de vacunación contra la poliomielitis es superior a 95 por ciento, cifra que cumple con las recomendaciones de la OMS y garantiza mantener al país libre de la circulación de poliovirus salvaje.⁴⁸

Desde 1965, año en el que se inicia el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, México incluye a la poliomielitis entre los

⁴⁸ Dirección General de Epidemiología, “Información epidemiológica de morbilidad, anuario 2012”, consultado en <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.

padecimientos bajo vigilancia epidemiológica estricta; es decir, es un padecimiento de notificación inmediata y obligatoria, que requiere de estudio epidemiológico y toma de muestras para la confirmación del diagnóstico por laboratorio.⁴⁹

Cuatro estrategias han contribuido notablemente hacia la erradicación de la incidencia de poliomiélitis: altas coberturas de inmunización con vacuna oral de polio (VOP), inmunización suplementaria durante los días nacionales de vacunación, vigilancia epidemiológica efectiva de casos de parálisis flácida aguda (PFA), y bloqueos vacunales en zonas de alto riesgo.

En 1994 el continente americano quedó certificado como libre de poliovirus, seguido por la eliminación en la región del Pacífico Oeste en 2000 y en Europa en 2002.⁵⁰

La polio continúa en nuestro Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, dentro de las parálisis flácidas agudas, esto para permitirnos conocer si pudiera existir un caso importado en nuestro país. Sabemos que el 5 de mayo de 2014 la OMS aceptó la evaluación del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de considerar la propagación internacional del poliovirus salvaje en 2014 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). De acuerdo con el Comité, la dispersión internacional del poliovirus salvaje en 2014 constituye un “evento extraordinario” y un alto riesgo a la salud de otros países, por lo cual es esencial una respuesta internacional coordinada.⁵¹

Por lo anterior, se puede concluir que, en México, en los últimos diez años, la cobertura anual promedio de vacunación contra poliomiélitis es superior a 95 por ciento, cifra que cumple con las recomendaciones de la OMS y garantiza mantener al país libre de la circulación de poliovirus salvaje.

⁴⁹ Alejandra Esteves Jaramillo, *et al.*, “Hacia la erradicación de la poliomiélitis: logros y retos en México”, en *Salud pública de México*, vol. 54, núm. 5, septiembre-octubre de 2012.

⁵⁰ Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, *op. cit.*

⁵¹ World Health Organization, “Measles” (fact sheet) [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>]

*Campaña para la eliminación
del sarampión*

El sarampión es una enfermedad viral febril exantemática, que aún hoy es causa de defunción entre niños, sobre todo en las zonas más pobres del mundo, sin embargo, entre 2000 y 2014 el número de muertes a nivel mundial disminuyó en 79 por ciento, previniendo por medio de la vacunación en ese periodo un estimado de 17.1 millones de muertes.⁵²

En México, durante los años cincuenta se hallaba dentro de las primeras causas de mortalidad y morbilidad, situación que se vería modificada en los años subsecuentes, debido a una mejora en el acceso a los servicios de salud, disponibilidad de antibióticos y, primordialmente, a la vacunación. Entre 1941 y 1971 el comportamiento de las epidemias de sarampión presentaba un patrón bianual y a partir de 1973, este patrón cambió, para presentarse cada cuatro años, sin embargo en el periodo comprendido entre 1989-1990 se presentó una explosiva epidemia de sarampión, la cual fue la de mayor intensidad en 40 años, con alrededor de 89,163 casos y 7,000 defunciones, y que afectó principalmente los estados de Veracruz, Oaxaca, Jalisco y Sinaloa.⁵³ Esta epidemia pudo ser controlada gracias a las acciones de control y las campañas masivas de vacunación que le siguieron, tras lo cual, en 1992 se dieron dos eventos que tendrían un impacto marcado en la incidencia de este padecimiento. Por un lado se estableció el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática, lo cual, aunado a la implementación del Programa de Vacunación Universal y a las estrategias de las semanas nacionales de vacunación, que después evolucionarían a semanas nacionales de salud, vendrían a hacer sinergia en el combate de esta enfermedad.⁵⁴

En 1993 nuestro país se adhirió a la iniciativa regional de eliminación del sarampión y en 1998 se introdujo en México la vacunación

⁵² Dirección General de Epidemiología, “Anuarios de morbilidad 1984-2015”, [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html]

⁵³ O. Velázquez, R. Tapia, “Panorama epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacunación en México”, Revista *Higiene, Sociedad Mexicana de Salud Pública*, vol. 3, julio-septiembre, 1993, pp. 19-31.

⁵⁴ *Idem.*

universal con SRP en niños de 1 y 6 años de edad, lo cual permitió aumentar la cobertura en nuestra población y llevaría a la eliminación de casos de transmisión local, y a la posibilidad de hacer frente a la importación de casos provenientes de otras regiones del globo donde la vacunación no es habitual o no existe. Es así que en 1996 se registró en México el último caso de sarampión de transmisión local, tras lo cual, si bien se han presentado de manera esporádica casos importados, algunos asociados a brotes de importancia como el generado en California, Estados Unidos, durante el año 2014, las coberturas de vacunación de nuestra población han permitido a nuestro país hacer frente a ellos sin la presencia de casos de transmisión local. Vale la pena señalar que la eliminación de casos de sarampión en las Américas fue declarada el 27 de septiembre de 2016, 20 años después de que esta meta se lograra en nuestro país.

*Campaña para la eliminación de la rubeola
y el síndrome de rubeola congénita*

La rubeola es un padecimiento viral febril exantemático altamente contagiosa, y si bien, la mayoría de las veces es de carácter benigno, cuando se presenta en mujeres embarazadas puede ocasionar efectos teratógenos graves, abortos o mortinatos. Es tan frecuente que llega a afectar hasta 69 por ciento de los productos de la gestación, cuando se adquiere la infección en el primer trimestre del embarazo.⁵⁵

En México, la rubeola fue una enfermedad endémica —es decir, de origen local— que afectaba principalmente a los niños en edad escolar. Sin embargo, 20 por ciento de los casos se presentaban en mujeres en edad reproductiva. Las secuelas de la infección durante el embarazo abarcan una serie de defectos congénitos como: ceguera, sordera, malformaciones congénitas del corazón, retraso mental y hepato-esplenomegalia. Este cuadro es conocido como síndrome de rubeola congénita. El problema llegó a ser de tal magnitud que antes de la vacunación antirrubéolica en gran escala, cada año nacían en la

⁵⁵ E. Miller, *et al.*, “Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy”, en *Lancet*, 1982, pp. 2, 781-784.

Región de las Américas alrededor de 20,000 niños afectados por este síndrome.⁵⁶

En México, entre los años 1989 y 1990, se documentaron 89,163 casos y 8,150 defunciones⁵⁷ atribuidas a la rubeola y comenzó a ser un verdadero reto para la salud pública. Fue en 1993, cuando México se unió al compromiso regional para la eliminación del sarampión en el continente americano. Con ello se estableció el sistema de vigilancia de enfermedades febriles exantemáticas, cuya definición de caso sospechoso por la similitud del cuadro clínico incluía los casos de rubeola, lo que reforzó de forma indirecta la notificación inmediata de este padecimiento.⁵⁸

Más tarde, en 1998, se introdujo la vacunación universal con la vacuna de sarampión rubeola y parotiditis (SRP) en niños de entre 1 y 6 años de edad. Más adelante, en 2003, se decidió apoyar en México la meta regional de eliminación ampliada de Sarampión, Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita. Y fue hasta la semana epidemiológica número 42 de 2008 cuando se registró el último caso endémico de rubeola.

Finalmente, es un logro compartido entre todo el continente ya que toda la región de las Américas se convirtió en la primera del mundo en ser declarada libre de transmisión endémica de rubeola con los últimos casos endémicos de rubeola y síndrome de rubeola congénita reportados en el año 2009, un año después del último caso endémico en México.

En todos estos casos hay que reconocer al “ejército” de hombres y mujeres que conforman al personal de salud y a los miles de voluntarios que, a lo largo de décadas e incluso siglos, han trabajado de manera incansable, incluso algunas veces a costo de sus propias vidas, para llevar vacunas a lo largo y ancho de nuestro país.

⁵⁶ F. T. Cutts, *et al.*, “Control of rubella and congenital rubella syndrome (CRS) in developing countries. Part 1: burden of disease from CRS”, en *Bull World Health Organ*, 1997, pp. 55-68.

⁵⁷ J. L. Díaz Ortega, *et al.*, “Incidencia y patrones de transmisión de rubeola en México”, en *Salud Pública de México*, 2007, pp. 49, 337-344.

⁵⁸ Organización Panamericana de la Salud, “Eliminación de la rubeola y del síndrome de rubeola congénita”, Publicación científica 606, Washington, 2006.

Debe reconocerse a las instituciones de salud y sus dirigentes quienes, en su momento, tuvieron la visión y la determinación de organizar los programas y estrategias que hoy colocan a México a la vanguardia mundial en materia de vacunación.

Y desde luego debe señalarse a la población que ha confiado en sus instituciones de salud, en los trabajadores de la salud y que ha permitido y participado de manera activa en la consecución de los logros señalados.

CONCLUSIÓN

Nuestra Constitución Política es el instrumento que rige nuestra convivencia social, en materia de salud señala el derecho que tenemos a la protección de la salud, de ella emanan leyes, normas, disposiciones y demás que nos conducen.

Hemos intentado ejemplificar algunas acciones extraordinarias en materia de salubridad general, sin embargo todos los días en nuestro país ocurren acciones extraordinarias de salud, se previenen miles de enfermedades, se atienden miles de enfermos y se llevan a cabo cientos de miles de acciones de carácter administrativo para que se pueda preservar la salud y recuperar aquella que se pierde.

Los mexicanos siempre estaremos expuestos a nuevos retos en materia de salud, es parte de nuestra condición humana, y más hoy en un mundo donde ya no hay fronteras y donde un enfermo, un vector o un agente que produce enfermedad, puede literalmente dar la vuelta al mundo en horas, en un mundo donde los estilos de vida, muchos de ellos poco saludables, cada vez permean con mayor facilidad a la comunidad mundial, sin embargo, como tratamos de mostrar, siempre hay forma de llevar a cabo acciones extraordinarias, muchas claramente visibles, otras no tanto, pero que ahí están y que muestran que México y la solidaridad de nuestra población siempre será más grande que sus problemas.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, Aviso Epidemiológico, CONAVE/01/2014/Poliomielitis, 16 de mayo de 2014, “Propagación Internacional del Polio, virus salvaje en 2014”.
- ESCRIBANO COLLADO, Pedro, *El derecho a la salud*, Cuadernos del Instituto García Oviedo, España, Universidad de Sevilla, 1976.
- Organización Panamericana de la Salud, “Eliminación de la rubeola y del síndrome de rubeola congénita”, Publicación científica 606, Washington, 2006.

Hemerográficas

- ARIAS, C. F. y López, S., “Epidemia de influenza: ¿qué es y qué hacer?”, en *Gaceta Facultad de Medicina*, UNAM, 2009.
- BETANCOURT CRAVIOTO, Miguel, *et al.*, “Situación actual de la influenza A (H1N1) en el mundo”, en *Gaceta Médica de México*, 2010.
- CUTTS, F. T., *et al.*, “Control of rubella and congenital rubella syndrome (CRS) in developing countries. Part I: burden of disease from CRS”, *Bull World Health Organ*, 1997.
- DÍAZ ORTEGA, J. L., *et al.*, “Incidencia y patrones de transmisión de rubeola en México”, en *Salud Pública de México*, 2007.
- ESTEVES JARAMILLO, Alejandra, *et al.*, “Hacia la erradicación de la poliomieltis: logros y retos en México”, en *Salud Pública de México*, vol. 54, núm. 5, septiembre-octubre de 2012.
- KURI MORALES, Pablo, *et al.*, “Pandemia de influenza: la respuesta de México”, en *Salud pública México*, revista electrónica, 2006.
- , “La pandemia de influenza: posibles escenarios en México”, *Gaceta Médica de México*, 2008
- MILLER, E., *et al.*, “Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy”, *Lancet*, 1982.
- RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, Mauricio, *et al.*, “Las vacunas contra influenza, un desafío cíclico”, *Revista Digital Universitaria*, 2010.
- SANTOS PRECIADO, José Ignacio, “Esquema universal de vacunación en niños en México: los nuevos retos”, en *Salud Pública de México*, 2007.
- , “Nuevo esquema de vacunación en México”, en *Salud Pública de México*, 1999.
- VELÁZQUEZ, O. y Tapia, R., “Panorama epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacunación en México”, *Revista Higiene, Sociedad Mexicana de Salud Pública*, vol. 3, julio-septiembre, 1993.

Electrónicas

- “Derrame de sulfato de cobre en el río Bacanuchi, (afluente del río Sonora)”,
http://www.semarnat.gob.mx/sites/default/files/documentos/presentacion_conferencia_derrame.pdf
- “Operativo de Salud federal por los ciclones tropicales *Ingrid y Manuel*”, 1 de octubre de 2013, <http://www.gob.mx/salud/prensa/operativo-de-salud-federal-por-los-ciclones-tropicales-ingrid-y-manuel>
- “Presenta PROFEPA denuncia penal contra responsables de derrame en río Bacanuchi, http://www.profepa.gob.mx/innovaportal/v/6230/1/mx.wap/presenta_profepa_denuncia_penal_contra_responsables_de_derrame_en_rio_bacanuchi.html
- Base de Datos Políticos de las Américas, “República de México. Constitución Federal de 1917” <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Mexico/mexico1917.html>
- Biblioteca Virtual de la Cámara de Diputados, “Reformas y adiciones a la Constitución de 1857. De 1901 a 1916” http://www.diputados.gob.mx/biblioteca/bibdig/const_mex/reformas-1916.pdf
- Centro de Noticias*, “Se refuerza promoción de la salud y saneamiento básico por *Odile*”, Promoción de la Salud, 22 de septiembre 2014 <http://www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=9263>
- Diario Oficial de la Federación*, “Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos” http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4794103&fecha=03/02/1983
- Dirección General de Epidemiología, “Información epidemiológica de morbilidad, anuario 2012”, consultado en <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
- , “Anuarios de morbilidad 1984-20015”, <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
- Excelsior*, “Envía México ayuda humanitaria y de rescate a Ecuador, por sismo”, <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/04/18/1087213>.
- La Prensa*, “México envía personal médico y material a Haití”, <http://www.laprensa.com.ni/2010/10/27/internacionales/523594-mexico-envia-personal-medico-y-material-a-haiti>
- Noticieros Televisa*, “Dependencias federales coordinan ayuda para afectados por *Odile* en BCS”, 21 de septiembre de 2014, <http://noticieros.televisa.com/mexico/1409/dependencias-federales-respaldan-afectados-odile-bcs/>

- OMS, Nota descriptiva, “Resistencia a Antimicrobianos”, septiembre 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/es/>
- OPS/OMS, “Salud en las Américas” http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=177&lang=es
- Radio Fórmula*, “Realizan operativo de salud federal por *Ingrid y Manuel*”, 2 de octubre de 2013, <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?idn=359104>
- Secretaría de Salud, “Boletín de Prensa Operativo de Salud Federal por los ciclones tropicales *Ingrid y Manuel*”, 11 de octubre de 2013, http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/operativofederal/Boletin_prensa%20Ingrid_Manuel_111013.pdf
- Secretaría de Salud, “Manual de preparación y atención de casos de enfermedad por virus ébola”, http://portal.salud.gob.mx/ebola/pdf/Manual_de_preparacion_y_atencion.pdf
- Secretaría de Salud, “Normas y lineamientos sobre el virus del ébola”, 30 de junio de 2014, <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/normas-y-lineamientos-sobre-el-virus-del-ebola>
- Secretaría de Salud, CENAPRECE, Manuales para la atención a la salud ante desastres, <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/ManualesAtencionSaludDesastres.html>
- UCLA, Department of Epidemiology, “American Anthrax Outbreak of 2001” http://www.ph.ucla.edu/epi/bioter/detect/antdetect_intro.html
- World Health Organization, “Measles” (fact sheet) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>

Leyes, códigos y reglamentos

- DGE, *Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza*, México, Secretaría de Salud, 2006.
- Ley General de Salud, Nueva Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, texto vigente.
- Programa de Acción Específico, Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres 2013-2018, Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud, “Lineamientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico por laboratorio de enfermedad por el virus del ébola”, Dirección General de Epidemiología, 2014.

