

Epidemiología en Acción

“EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL: ANTECEDENTES E IMPLEMENTACIÓN EN VENEZUELA”

“INTERNATIONAL HEALTH REGULATION: BACKGROUND AND IMPLEMENTATION IN VENEZUELA”

Kerman Rosales¹

“EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL: ANTECEDENTES E IMPLEMENTACIÓN EN VENEZUELA”

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) representa una loable iniciativa, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para lograr un impacto eficaz en la prevención de la propagación internacional de enfermedades.

Recientemente, este instrumento legal de carácter internacional estuvo sujeto a un proceso de revisión para su adecuación a los nuevos retos de la salud pública mundial, manteniendo su esencia como marco normativo multilateral para las acciones preventivas orientadas a eventos epidemiológicos de interés internacional en los países miembros de la OMS.

Posterior a este proceso de revisión por parte de grupos de expertos de varios países, en los cinco continentes, la versión del Reglamento Sanitario Internacional revisada fue presentada ante la Asamblea Mundial de la Salud (WHA), donde fue finalmente aprobada la nueva versión que en lo sucesivo será conocida como RSI (2005).

Las próximas líneas están dedicadas a dar a conocer aspectos relevantes sobre los procesos de revisión, aprobación e implementación del nuevo RSI (2005), así como a narrar una porción de la historia que precede al referido Reglamento Sanitario Internacional,

haciendo memoria de aquellas luchas, iniciativas, intentos y resultados concretos que han logrado a través del tiempo, servir como piso filosófico, sustrato ontológico y pilar fundacional del nuevo marco legal para la salud internacional.

Esta narración también toca aspectos históricos referidos a la fundación de instituciones dedicadas a darle personalidad jurídica, así como marco sistemático y formal, a las acciones multilaterales de salud pública, basadas en líneas estratégicas enmarcadas en el referido cuerpo legal.

Más adelante, el presente trabajo, dentro de esa dimensión de historicidad, intenta acercarnos al abordaje del tema sobre la perenne lucha del género humano por la salud y el mejoramiento de su calidad de vida, bajo el subtítulo de Enemigos y Combatientes en el camino hacia el RSI, reflexión sustantiva sobre aspectos que involucran la salud pública y la humanidad misma, con el propósito y la pertinencia de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional para los nuevos tiempos.

Finalmente, se esboza el modelo de implementación del Reglamento Sanitario Internacional en Venezuela, orientado al fortalecimiento de las

¹Licenciado en Educación. Funcionario Adscrito a la Dirección General de Salud Ambiental, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Correspondencia: kerman3@yahoo.es

capacidades de respuesta país, ante eventuales emergencias epidemiológicas de interés internacional.

ANTECEDENTES DEL RSI

En el año 1969, fue adoptada una versión del RSI, que sustituía a la primera versión de 1951. Aquella versión nace con el propósito de vigilar, informar y controlar seis enfermedades transmisibles: cólera, peste, fiebre amarilla, viruela, fiebre recurrente y tífus.

En 1973, el RSI fue modificado para incluir provisiones adicionales para el cólera; y en 1981, se revisó una vez más para descartar la viruela, erradicada por un esfuerzo internacional sin precedentes. Desde entonces, las enfermedades notificables a la OMS fueron reducidas a cólera, peste y fiebre amarilla. En ambas oportunidades, el reglamento mantuvo su identidad como la versión RSI 1969. (1)

En 1995, ante el surgimiento de nuevas enfermedades infecciosas, algunas de gran letalidad como la fiebre hemorrágica Ébola, la Asamblea Mundial de la Salud (WHA), acuerda que ya es hora de llevar a cabo la revisión del Reglamento Sanitario Internacional 1969, para dar nacimiento a una versión nueva, proceso arduo que culmina diez años después, es decir en 2005. Está se habría de convertir a su vez, en la primera versión del RSI para el siglo XXI. (1)

PROCESO DE REVISIÓN DEL RSI

El inicio de la revisión del reglamento prácticamente coincidió con la aparición, a finales del 2002 en Asia, de la neumonía atípica conocida como Síndrome Respiratorio Agudo Severo o SARS (del inglés Severe Acute Respiratory Syndrome), que se extendió por varios países, afectando a 8.000 personas y provocando 774 muertos, la mayoría de nacionalidad china.

La Comisión A, de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, celebró su séptima sesión el 20 de mayo de 2005, bajo la presidencia del Dr. Bijan Sadrizadeh, delegado de la República Islámica del Irán. Este cuerpo colegiado, en la Sede de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza, decidió recomendar a la Asamblea que adoptara la resolución adjunta, relativa al punto del orden del día: RSI.

EL REGLAMENTO REVISADO: RSI (2005)

Después de varios proyectos, y tras un proceso de revisión extenso, esa 58ª Asamblea Mundial de la

Salud aprobó el 23 de mayo de 2005 el Reglamento Sanitario Internacional revisado o el RSI (2005). Este nuevo reglamento fue adoptado por consenso de los 192 países que participaron en la referida Asamblea Mundial, el cual en su versión definitiva, consta de 66 artículos y 9 anexos.

Su finalidad y alcance, según lo expresado en el artículo 2 es:

“... prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública de forma proporcionada con los riesgos y las amenazas para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico internacional.”

Para el objetivo de esas regulaciones, el término “emergencia de salud pública de importancia internacional” significa un “acontecimiento extraordinario” donde, de conformidad con el artículo 6 del RSI, se ha determinado que:

- Constituye una amenaza para la salud pública de otros Estados [países] a causa de la propagación internacional de una enfermedad y
- Podría exigir una respuesta internacional coordinada.

Con respecto a su ejecución, el RSI (2005) establece que los países desarrollarán, fortalecerán y mantendrán las capacidades básicas para detectar, evaluar e intervenir en el control de eventos de salud pública de importancia internacional (Anexos 1a y 1b del reglamento). También especifica las obligaciones con las cuales deben cumplir las oficinas de la OMS, tanto de la Sede, las Oficinas Regionales o la de los Países.

En tal sentido, los países miembros de la OMS, deberán crear una instancia nacional denominada Centro Nacional de Enlace (CNE), para los efectos de centralizar o consolidar la información referida a posibles eventos de salud pública de importancia internacional, siendo este el punto de contacto permanente con el Organismo Internacional de Salud sub-regional (OPS en el caso de Venezuela). Este Centro Nacional de Enlace del RSI, debería estar relacionado con las Coordinaciones Nacionales de Epidemiología Convencional y Epidemiología Ambiental, u otras instancias donde hayan sido definidos Puntos Focales del RSI, debidamente convenidos entre gobiernos nacionales y la OMS.

Con relación a la puesta en práctica del nuevo marco legal, según lo previsto en el mismo RSI (2005), este Reglamento entra en rigor a partir del 15 de junio de 2007.

No obstante, ante la alarmante aparición de casos de influenza aviar asociados a la cepa H5N1, y una posible pandemia humana, los países ejecutaron el acatamiento anticipado de algunas de las disposiciones del nuevo RSI, para lograr responder ante tal amenaza pandémica. (2)

ALERTA Y RESPUESTA ANTE EPIDEMIAS

El 26 de mayo de 2006, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA 59.2, sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), al tomar en consideración el grave riesgo a la salud humana que estaba surgiendo de los recientes brotes en aves de corral y en seres humanos de gripe aviar sumamente patógena causada por la cepa H5N1 del virus de la influenza A.

Esta Resolución exhorta a los Estados Miembros de la OMS a que cumplan inmediata y voluntariamente con las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005) que se consideren pertinentes para disminuir los factores de riesgo planteados inherentes a la gripe aviar.

De igual forma, esta Resolución expresa que la capacidad de responder a casos humanos de gripe aviar y la amenaza pandémica correspondiente fortalecerá asimismo, la capacidad de responder a muchas otras enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, y por lo tanto aumentará la seguridad de la salud pública mundial contra la amenaza de las enfermedades infecciosas. (3)

ENTRADA EN VIGOR DEL RSI (2005)

La entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional (2005) se ha previsto para el 15 de junio de 2007, acontecimiento que representa importantes avances para la acción y cooperación internacional en la lucha contra la propagación de las epidemias

El oportuno cumplimiento con las regulaciones establecidas en la nueva versión del RSI, será garantía de que el mundo no sea tomado por sorpresa cuando ocurran brotes y que se reduzcan al mínimo las interferencias del tráfico comercial entre los países del mundo.

Hasta la referida fecha de entrada en vigor del RSI (2005), las acciones preparatorias de los Estados Miembros de la OPS/OMS y del Secretariado deben ser las siguientes:

- Designación o establecimiento de los Puntos Focales Nacionales según lo previsto en el RSI (2005). En el caso de Venezuela, posteriormente a reuniones de mesa ministeriales, se establecieron Puntos Focales en la Dirección General de Epidemiología en Caracas, y en la Dirección General de Salud Ambiental (con sede en Maracay).

- Aumentar el conocimiento de las provisiones del RSI (2005) entre los tomadores de decisiones, los profesionales de salud y otros sectores involucrados en la ejecución del RSI, a través de sesiones subregionales hasta junio de 2007.

- Identificar las necesidades de cooperación técnica para ejecutar el RSI (2005) después de las evaluaciones nacionales de las capacidades de vigilancia y de respuesta a las emergencias de salud pública de importancia internacional y los puntos de entrada hasta el 2009.

- Prepararse para la evaluación anual de los progresos logrados en la ejecución del RSI (2005), a partir del 2007.

Entre las medidas que entrarán en vigor figuran las relacionadas con la salud pública en fronteras, puertos y aeropuertos, manteniendo el énfasis en la importancia de interferir lo menos posible en los viajes y el comercio mundiales.

Se mencionan, asimismo en el RSI (2005), una lista de enfermedades, como la viruela, la poliomielitis y el SARS, entre otras, cuya detección temprana deberá notificarse a la OMS. (1, 5)

ESFUERZOS PRECURSORES DEL RSI. UN POCO DE HISTORIA

La Segunda Conferencia Internacional de las Repúblicas Americanas, celebrada en la ciudad de México en 1902, aprobó una resolución para celebrar una Convención Sanitaria Internacional en ese mismo año.

De acuerdo a este mandato se celebró el mismo año, la Iª. Convención Sanitaria Internacional. El control de las enfermedades epidémicas en general, y en especial la fiebre amarilla, constituían la agenda de este evento, en el que delegados de 11 países se reunieron en un hotel de Washington.

En esa I Convención Sanitaria Internacional de 1902, el distinguido médico cubano Carlos Finlay, presentó un documento titulado ¿Es el mosquito el único agente a través del cual se transmite la fiebre amarilla?

Su teoría, para aquel entonces polémica, en el transcurso del tiempo, demostraría la validez de su argumentación sobre el mosquito como vector, lo cual sería fundamental para la derrota de la enfermedad.

Pero, en 1902, muchos colegas delegados se mostraban escépticos ante el planteamiento de Finlay. No obstante, en buena medida, compartían metas orientadas a las acciones conjuntas hacia la salud de índole internacional. Al final de la conferencia, el Dr. Finlay y tres salubristas más fueron nombrados para integrar un comité encargado del establecimiento de un nuevo organismo de salud internacional para las Américas. A esta instancia internacional, la primera en su tipo a nivel mundial, se le denominó Oficina Sanitaria Internacional.

La resolución final de la Convención declaraba: “Se resuelve, además, que la Oficina Sanitaria Internacional estará obligada a prestar el mejor auxilio que pueda y toda la experiencia que posea, para contribuir a que se obtenga la mayor protección posible de la salud pública de cada una de dichas Repúblicas, a fin de que se eliminen las enfermedades y de que se facilite el comercio entre las expresadas Repúblicas”. Esta sería una resolución con un claro sentido precursor del RSI.

A mediados del siglo XIX, los esfuerzos para la cooperación interamericana se habían orientado casi exclusivamente a la reglamentación y el fomento del comercio continental. Pero en los albores del siglo XX, era perentorio disminuir la propagación de enfermedades epidémicas, como la fiebre amarilla, el cólera y la peste, asociadas al cada vez más intensivo comercio marítimo

Estas exigencias llevaron a la creación de la Unión Panamericana y la Oficina Sanitaria Internacional, precursores, respectivamente, de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), establecidas hacía más de cuatro décadas antes que las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OPS y la OEA comparten la distinción de ser las organizaciones internacionales en funcionamiento continuo más antiguas, no sólo en las Américas sino en el mundo.

La razón de ser de esta Oficina era la transmisión inmediata y regulación de los datos sobre las condiciones sanitarias de los puertos marítimos, las

cuarentenas marítimas, y el control de las enfermedades transmisibles, en particular la fiebre amarilla y la peste bubónica. Una de las principales inquietudes por aquel entonces, era el control de las ratas en los puertos de la región, para detener la propagación de la peste bubónica. Buena parte de sus funciones iniciales, coinciden con las que hoy regula el RSI (2005).

La primera guerra mundial (1914-1918) interrumpió la cooperación interamericana en asuntos de salud, pero a fines de la década, los efectos aleccionadores tanto de la Gran Guerra como de la gran epidemia de gripe de 1918-19, llevaron a los países a volver a centrar su atención en el control de las enfermedades transmisibles.

La Sexta Conferencia Sanitaria se reunió finalmente en Montevideo, Uruguay, en 1920. Esta Sexta Conferencia expandió la misión de la Oficina a la promoción integral de la salud. De allí en adelante se ocuparía de las campañas contra la malaria y la tuberculosis, el monitoreo de las enfermedades contagiosas, la legislación sanitaria nacional y el estudio científico de las enfermedades tropicales. El hecho que para 1919 la fiebre amarilla se había retirado de las Américas, facilitó este enfoque más amplio y ambicioso.

Los constantes ajustes a la misión de la Oficina dieron lugar a cambios en el nombre de la misma. En 1923, recibió el nombre de **Oficina Sanitaria Panamericana** cuyas funciones eran de proveer información inmediata sobre las condiciones sanitarias en los puertos marítimos, las cuarentenas sanitarias y el control de las enfermedades, en especial de la peste y la fiebre amarilla. A partir de entonces, el presupuesto de la Oficina se incrementó en diez veces con relación a su presupuesto original.

La Séptima Conferencia Sanitaria, celebrada en La Habana en 1924, resultó ser la reunión esencial de salud interamericana. Sus delegados redactaron y adoptaron el **Código Sanitario Panamericano**, el primer tratado multilateral de cualquier índole firmado por todas las repúblicas americanas. Todavía en vigor hoy, el Código Sanitario compromete a las naciones signatarias a esfuerzos comunes y de cooperación en la salud pública.

La mayoría de sus provisiones originales reflejaban su naturaleza primaria marítima y comercial; sin embargo también pusieron en escena el tema de la salud de los trabajadores. Además, el Código dio a la Oficina un fundamento jurídico más firme y formalizó sus obligaciones y responsabilidades, algo que en años posteriores ayudaría a proteger su autonomía institucional.

Las 21 repúblicas americanas se habían sumado al trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana, y la Conferencia Sanitaria Panamericana realizada ese año contó con la asistencia de 18 países los cuales adoptaron el Código Sanitario Panamericano que se ratificó formalmente como un tratado internacional por las 21 repúblicas. El código era la culminación de un esfuerzo de 12 años y sigue parcialmente vigente en la actualidad.

En 1938, año de la Décima Conferencia Sanitaria, ante la evidencia de que la Carretera Panamericana se haría realidad en 1939, la Oficina Sanitaria Panamericana empezó a prestar atención a los factores de riesgo para la salud y las condiciones sanitarias a lo largo de la ruta propuesta, pues la carretera constituiría un flujo masivo y constante que encararía nuevas dificultades para el control de las enfermedades transmisibles.

Cuando la Segunda Guerra Mundial concluyó en 1945, la Unión Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana, tenían que buscar su lugar en el contexto de las nuevas organizaciones mundiales.

La Organización Mundial de la Salud, creada en 1946 y en funciones oficialmente desde 1948, firmó un convenio en 1949 con la Oficina Sanitaria Panamericana, que establecía a esta última como oficina regional de la OMS para las Américas y bajo la consideración de que este sería un organismo de salud especializado interamericano con autonomía funcional.

Si bien en 1945 la Oficina todavía era un organismo relativamente pequeño, además de su propio presupuesto, la Oficina administraba los programas de otras organizaciones internacionales (incluidas OMS y UNESCO) así como fundaciones (Rockefeller y Kellogg) y organismos de sus gobiernos miembros (entre ellos el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil).

Su separación administrativa no impidió la cooperación continua entre la OEA y la Oficina Sanitaria Panamericana, que en 1958 fue rebautizada como la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Nuevos retos continuaron exigiendo esfuerzos conjuntos. Durante los años sesenta, la OPS se encargó de llevar a cabo los ambiciosos proyectos de salud de la Alianza para el Progreso.

Durante los inestables años setenta y la depresión económica de los años ochenta, la OPS y la OEA junto con otros organismos del Sistema Interamericano, trabajaron en pro de satisfacer las ingentes necesidades y expectativas bio-sociales de la región, generadas por un avasallante progresismo-desarrollismo, que no solo

influyó en la relación entre las condiciones sociales, sino que también incidió de manera radical en la salud pública del sub-hemisferio.

Para fines del siglo XX, los antiguos retos, como la propagación de las enfermedades a través del comercio marítimo, se habían reemplazado con desafíos en gran parte nuevos, incluidos el SIDA, el alcoholismo y la drogadicción, los desastres naturales y la salud ambiental, esto estuvo grandemente influido por el incremento de las conexiones aéreas inter-continetales. (4, 6)

EL MODELO DE IMPLEMENTACIÓN DEL NUEVO RSI (2005) EN VENEZUELA

Hoy día, la prevención de enfermedades emergentes y reemergentes, la lucha contra nuevas enfermedades y la aplicación de medidas de salud ambiental, requieren mayor colaboración de la OPS/OMS, a través de un abordaje institucional conjunto, entre las naciones y esta Organización internacional, partiendo de mecanismos de cooperación hemisférica y mundial ante eventos de salud pública de interés internacional, como lo prevé el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Venezuela, convencida de esta realidad, ha coordinado esfuerzos para adecuar sus acciones a las expectativas mundiales, en relación con las medidas tanto preventivas, como de contención y mitigación, referidas a eventos de salud pública de importancia internacional.

En tal sentido, nuestro país ha venido trabajando desde el año 2004 en un proyecto de implementación nacional, con una variante referencial con alcance internacional, cuyo primer componente orientado a la Promoción y Capacitación, es denominado “Puerta Activa”. Un plan piloto orientado al sub-componente de implementación para Puertos, denominado “Puerto Adentro”, ha sido desarrollado para su aplicación en Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Asimismo, se ha propuesto la aplicación de una variante de esta iniciativa basada en las previsiones del RSI (2005), orientado a los estadios donde se llevará a cabo la Copa América de Fútbol, a efectuarse en nueve estados del país, en el año 2007. Este esfuerzo identificado como “Cancha Adentro”, se justifica dada la masiva afluencia de espectadores de varios países, que se espera ingresen al país en el marco de esta

importante justa deportiva. Se estima un número cercano a 360.000 personas, basado en el aforo de las instalaciones que están siendo habilitadas para tal fin.

Esta propuesta pretende armonizar acciones de salud ambiental en los estadios de fútbol, mediante la vigilancia y monitoreo de los factores de riesgo que pudieran estar inmersos en el área de influencia de esta justa deportiva internacional, que ha de movilizar fanáticos provenientes de 12 países, hacia nueve (9) canchas en igual número de sedes, diseminadas por distintas regiones del país. Ello configura todo un reto para la aplicación del contenido normativo del RSI (2005), orientado al control de eventos epidemiológicos de interés internacional que allí pudieran presentarse.

Con relación al recurso preventivo operativo-instrumental denominado “Puerto Adentro”, este tiene previstas acciones de formación de personal a corto y mediano plazo, para el manejo de los riesgos sanitario-ambientales relacionados con el RSI (2005), a través del Componente de Promoción y Capacitación, denominado “Puerta Activa”, partiendo del cual, se espera que Venezuela pueda incursionar con éxito como punto de referencia en instancias internacionales (OPS - CAN - MERCOSUR), en relación con la formación de recursos humanos del sector salud y otros sectores cuyas acciones concurrentes en puntos de entrada portuarios, aeroportuarios y fronterizos, tengan relación estrecha con la aplicación del Reglamento.

En tal sentido, se estima la formación de personal por sub-componentes: puertos, aeropuertos y puntos de entrada por pasos fronterizos terrestres, usando una metodología de enseñanza-aprendizaje taxonómica-constructivista.

Como resultado del proceso de Capacitación, se obtendrían entre otros elementos tangibles y operativos, tres instancias de análisis: Salas Situacionales Portuarias, Salas Situacionales Aeroportuarias y Salas Situacionales Fronterizas. Estas estarán orientadas a facilitar el control, la vigilancia y la toma de decisiones de salud preventiva basadas en el RSI (2005).

Estas Salas Situacionales, obedecen a la multiplicidad de actores y factores, que están vinculados y entrelazados, en las acciones preventivas a ser puestas en práctica mancomunadamente entre el personal de salud, a través de la Dirección General de Salud Ambiental y organismos como el Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT), el Ministerio de Agricultura y Tierras, por medio del Servicio Autónomo de Sanidad Agropecuaria (SASA), los

Institutos Autónomos de administración portuaria y aeroportuaria y la Fuerza Armada Nacional, instancias que entre otras, también han venido haciendo avances, de acuerdo a sus competencias concurrentes con el sector salud, en la implementación del RSI (2005).

Asimismo, aparte de la Dirección General de Salud Ambiental, otras instancias del Ministerio rector de las políticas de salud de Venezuela, como son la Dirección General de Epidemiología y el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, han adelantado medidas de vigilancia sanitaria y de control de enfermedades, definidas en el marco de implementación del Reglamento Sanitario Internacional. (8)

ENEMIGOS Y COMBATIENTES EN EL CAMINO HACIA EL RSI

En el camino que precede la aparición del nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), el hombre ha podido ir identificando enemigos y combatientes. Los primeros, de no ser oportunamente combatidos, ocasionan daños a la salud o la muerte. Por su parte, los combatientes, en primera línea son los propios seres humanos, que con sus defensas biológicas, despliegan luchas orgánicas, seguidos de un gran número de aliados, que a lo largo de la historia de la salud pública internacional, han venido a sumarse a esta interminable guerra. Entre los principales combatientes aliados del hombre, están las vacunas, los medicamentos o fármacos y las medidas higiénico – preventivas.

Los enemigos a vencer, en primer término, son las enfermedades, acompañadas de los factores de riesgo asociados a la aparición o el contagio de éstas a nivel internacional. Así las cosas, hay dimensiones identificadas dentro de los combatientes. Primero los aspectos preventivos (defensas apostadas en un campo de batalla ante la posibilidad de un inminente ataque). Luego, dependiendo del caso, las medidas curativas o de restablecimiento de la salud (en el campo de batalla, equivale al contra-ataque, certero para aniquilar al enemigo; esto es, la enfermedad ya manifiesta).

Hoy día se habla de contención y mitigación, como dimensiones relacionadas con las analogías previas. La contención trata de evitar o contener los efectos del riesgo, es decir, intenta reducir las consecuencias o peligros para la vida. En cuanto a la mitigación, ésta proporciona salidas ante la aparición de los efectos asociados a aquellos peligros que afectan personas, poniendo sus vidas a resguardo.

Durante el transcurso de la historia de la humanidad, han sido descritos varios ataques de severos enemigos en forma de pandemias, que han implicado pérdidas humanas en diferentes épocas y lugares. Estos enemigos tienen nombre, quizá uno de los más conocidos de estos nombres es Gripe.

Posiblemente se trate de esta enfermedad la que aparece descrita en narraciones de la antigua Grecia en tiempos de Hipócrates (412 a.C.). Años más adelante, en pleno medioevo, hacia el año 1170, se documenta una pandemia gripal en Europa. Más indiscutible puede ser el brote europeo de 1510, descrito por Willis y Syderham. También destaca la pandemia de gripe de 1580, originada en Asia y extendida por Europa.

Se cree que la causa de muerte de Ana de Austria, esposa del Rey Felipe II, fue la gripe, a su paso por España. Además se tienen registros de otras epidemias de gripe en 1781, en 1847 y 1892. Tras las pandemias de gripe en Europa, esta enfermedad se manifestaría como endémica en gran parte del mundo.

La pandemia de 1918, al culminar la Primera Guerra Mundial, fue muy famosa. Se le conoció como la “gripe española” (H1N1). Más adelante, en China, aparece en 1957, la “gripe asiática” (H2N2), posiblemente la más prolongada que se haya conocido en la historia de la humanidad. Esta se extendió desde 1957 hasta 1958. Otra pandemia (H3N2), también iniciada en Asia (Hong Kong) en 1968, evolucionó más lentamente. La cepa H1N1 (misma de 1918) fue aislada en 1977, y circula aún al igual que la cepa H3N2.

Más recientemente, iniciando el siglo XXI, la denominada “gripe aviar” se ha convertido en sinónimo de la pandemia de este nuevo siglo. En Venezuela, si bien la viruela hizo estragos en el pasado, así como la gripe, durante varias épocas, más o menos recientes, la “gripe aviar”, no ha sido reportada.

También otras enfermedades han tenido su espacio e implicaciones epidemiológicas mundiales. Tal es el caso de la viruela, el tífus, la peste, el sarampión, la tuberculosis, la difteria y el cólera (recuérdese la epidemia de Londres de 1854 y la ruta del Dr. Snow); siendo éstas motivo de numerosos estudios de parte de la comunidad médico – científica internacional.

Además de los enemigos conocidos por sus nombres, por muchos años, hoy se puede observar el asedio de las enfermedades emergentes y reemergentes, a la generación del nuevo siglo, que aún armada de

reconocidas y confiables armas (vacunas, tratamientos y métodos diagnósticos) se ve enfrentada a enfermedades como Ébola, V.I.H y SARS, infecciosas que pudiendo traspasar fronteras, podrían involucrar riesgos eminentes de pandemias hacia el futuro.

Pero ante estos enemigos, existen valiosos Combatientes como la higiene, expresada mayormente en hábitos de vida saludables; así como la conciencia preventiva, que se evidencia mediante estrategias de promoción de la salud colectiva. Estos combatientes pueden ayudar a disminuir los factores de riesgo de enfermedades. Para fortalecer a estos combatientes, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), se constituye en un soporte legal útil en la lucha contra los riesgos de morbi-mortalidad de importancia universal, especialmente en los puntos de entrada portuarios, aeroportuarios y fronterizos terrestres. (7)

CONCLUSIÓN

Las actuales regulaciones internacionales han hecho énfasis en la necesidad de la notificación temprana de brotes detectados de enfermedades emergentes y reemergentes, a los organismos competentes en el ámbito del resguardo de la salud pública. En tal sentido, el RSI (2005), dentro de sus anexos, propone un protocolo para tal fin, basado en un algoritmo o flujograma de notificación, a ser puesto en práctica por los países miembros de la OMS.

Finalmente, hemos de recordar lo que hicieron por varias naciones, hombres de la talla de Javier Balmis y José Salvamy, que en el año 1803 participaron como combatientes por la salud, con motivo de la primera gran campaña de vacunación en masa contra la temible viruela en Hispanoamérica. Al Dr. Arnoldo Gabaldon, iniciador de la lucha organizada contra la malaria en Venezuela, desde la década de los años 30, que a la postre tendría repercusión mundial, así como tantos otros héroes que ofrecieron su esfuerzo, su vida, al servicio de la salud pública internacional.

Por tanto, las nuevas generaciones deberán tomar en sus manos el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) para aplicarlo, nación por nación, y llevarlo al nivel más periférico posible a fin de acercarse a apropiados niveles de respuesta país, que fortalezcan las acciones preventivas como un estandarte que garantice el derecho fundamental a la vida y a la salud que bien merecen todos los pueblos del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. *Alerta y Respuesta a Epidemias: Reglamento Sanitario Internacional 2005*. Disponible en URL: <http://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/cd/er-ihrs.htm>
- (2) Organización Mundial de la Salud (WHO), *Reglamento Sanitario Internacional 2005*; Disponible en URL: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_55-sp.pdf
- (3) Organización Panamericana de la Salud. *Exhortan adelantar el Reglamento Sanitario Internacional*. Boletín OPS ahora, Agosto 2006; Disponible en URL: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ahora06_ago06.htm
- (4) Kiernan, J. P. *100 años de panamericanismo 1902 – 2002*, Rev. Org. Panam. Sal. 2002. Vol. 6, No. 2.
- (5) Asamblea Mundial de la Salud, Resolución 59.2, 26 de mayo de 2006. *Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, Organización Mundial de la Salud. Disponible en URL: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/WHA59_2-sp.pdf
- (6) Ruiz, A. *Cien Años de compromiso por la Salud de las Américas*, Universidad Autónoma de Nuevo León, Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, RESPYN, Vol. 3 No.1 Enero-Marzo 2002.
- (7) Real Academia de la Historia, viernes, 17 de febrero 2006, León 21. Madrid, *Presentación del ciclo de conferencias: La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna*.
- (8) Rosales, K. y Flores, H. *Componente de Promoción y Capacitación “Puerta Activa”, para la implementación RSI (2005)*. Mimeo. 2006. Maracay, Venezuela.

Recibido: Enero 2007 Aprobado: Abril 2007
--