

Guías Técnicas para la Coordinación de los Estados Unidos de América y México en los Eventos de Salud Pública de Interés Mutuo

1. Introducción

En el 2002, en el marco de la Comisión Binacional México - Estados Unidos; representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y de la Secretaría de Salud de México, establecieron el Grupo Nuclear de Vigilancia Epidemiológica e Intercambio de Información, para atender los asuntos de interés común entre ambos países. Con el objetivo de definir mejor cómo deben colaborar ambos países en eventos epidemiológicos de interés mutuo, para lo cual se ha elaborado este documento por personal federal y estatal de salud pública de ambos países para ofrecer un marco rector compartido.

Los Estados Unidos y México tienen una rica tradición en la colaboración en eventos epidemiológicos que involucran a los dos países, incluyendo los brotes de enfermedades infecciosas, enfermedades asociadas a productos provenientes del otro país, y el cuidado continuo con los pacientes con tuberculosis y con otras enfermedades importantes, que viajan entre los dos países. Desde 1999 se estableció un proyecto conjunto de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Infecciosas en la Frontera, conocido por sus siglas en inglés como BIDS; y en 2004 inició el Programa de Alerta Temprana para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Infecciosas, EWIDS (por sus siglas en inglés). También existe el proyecto de la Tarjeta Binacional de Tuberculosis, que facilita el acceso a los servicios de salud, de los enfermos que viajan de uno a otro país, permite dar continuidad al tratamiento. Además, la Red de Laboratorios de Respuesta de los Centros de Control de Enfermedades, CDC/LRN (por sus siglas en inglés), y proporciona apoyo para el diagnóstico de agentes selectos, e incluye laboratorios de salud pública de México y de E.U. como parte de la Red. Estos mecanismos de colaboración, permiten a los funcionarios de salud pública de ambos países mantener informados a sus contrapartes de los eventos epidemiológicos relevantes que van ocurriendo.

A pesar de lo anterior; aún no se han establecido oficialmente, normas claras sobre qué información debe compartirse y cómo debe darse este intercambio. Los funcionarios de salud pública de ambos países han formulado estas Guías para contribuir a institucionalizar el intercambio de información sobre eventos epidemiológicos de mutuo interés, además de promover cuando sea necesaria una respuesta hacia una colaboración.

Siendo que se reconoce que entre muchas ciudades hermanas y estados vecinos ya existe una colaboración productiva, vale la pena resaltar que estas *Guías Técnicas para la Coordinación de E.U.-México en los Eventos de Salud Pública de Interés Mutuo* (Guías) facilitarán la continuidad de la cooperación binacional existente, mientras al mismo tiempo se genera la manera más sistemática y comprensible para compartir información a todos los niveles de gobierno. Estas guías se enfocan principalmente a la coordinación que debe haber entre las diferentes agencias o instituciones de salud pública (en adelante agencias o agencias de salud pública) que tienen bajo su responsabilidad primaria la vigilancia epidemiológica; no buscan definir la coordinación entre las agencias con funciones reguladoras mayores, para las cuales ya se han establecido acuerdos.

Estas Guías se adoptan posteriormente a la entrada en vigor del nuevo Reglamento Sanitario Internacional, 2005 (RSI). El RSI (<http://www.who.int/ihr/9789241596664/en/index.html>) proporciona un marco legal global vinculante para la detección y la respuesta a los Eventos de Salud Pública de Interés Internacional (ESPII), que solicita a las naciones miembros la notificación a la OMS de

cualquier ESPII potencial. Sin embargo este documento va más allá del campo de aplicación del RSI cuyo objetivo son las emergencias internacionales en salud pública; al presentar lineamientos para el intercambio de información epidemiológica entre ambos países. No se limita a las emergencias en salud pública con implicaciones internacionales, busca maximizar la capacidad de cada país en la respuesta de eventos epidemiológicos de mutuo interés. Además, estas Guías se basan en la coordinación bilateral para manejar eventos de interés epidemiológico o con impacto en salud, sin que necesariamente la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud tengan que involucrarse. No obstante la visión de los ESPII y su notificación a la OMS/OPS prevalece, los eventos epidemiológicos que califican como ESPII tales como la pandemia de influenza AH1N1 durante 2009-2010, ejemplifican la manera en la que la cooperación binacional preexistente y durante el ESPII, pueden contribuir a la respuesta global.

Las Guías están alineadas y apoyan al RSI, pues representan la respuesta a varios de sus artículos que abordan las interacciones entre las naciones, tales como los que a continuación se indican:

Artículo 21 Pasos fronterizos terrestres –“Los Estados Partes con fronteras comunes deberán considerar la posibilidad de alcanzar acuerdos bilaterales o multilaterales o formalizar arreglos relacionados a la prevención o el control de la transmisión internacional de enfermedades en pasos fronterizos terrestres de conformidad con el artículo 57”.

Artículo 44 Colaboración y Asistencia – Los Estados Partes se comprometen a colaborar entre sí en la medida de lo posible para “ la detección y evaluación de eventos, y la respuesta a los mismos”; “la prestación o facilitación de cooperación técnica y apoyo logístico, en particular para el desarrollo y reforzamiento y mantenimiento de las capacidades en la esfera de la salud pública”; “la movilización de recursos financieros para facilitar la aplicación de sus obligaciones dimanantes”; y “la formulación de proyectos de ley y otras disposiciones legales y administrativas para la aplicación del presente Reglamento.”

Artículo 57 Relación con otros acuerdos internacionales - que establece que los Estados Parte que cuenten con intereses comunes para las condiciones de salud, geográficas, sociales o económicas, pueden desarrollar tratados o acuerdos específicos para facilitar la aplicación del RSI, en particular “el intercambio rápido y directo de información concerniente a la salud pública entre territorios vecinos de diferentes Estados”, y la aplicación de medidas de salud en fronteras comunes.

Estas Guías contemplan a los eventos de salud pública binacionales como aquellos que afectan a individuos o poblaciones que se desplazan a través de ambos países, o en su medio ambiente. Este concepto reconoce que las ricas y complejas dinámicas de migración entre ambas naciones se extienden más allá de la franja fronteriza E.U.-México- que hasta ahora se ha definido como los 100 km (62 millas) a partir de la frontera, hacia el interior del territorio de México y de Estados Unidos- y que determina el riesgo de la propagación de enfermedades transmisibles y de otras amenazas a la salud pública.

El presente documento ha adoptado el término de “casos y/o eventos binacionales”. Este término se refiere específicamente a un caso confirmado o probable de una enfermedad infecciosa, o a un evento en investigación que involucra personas que:

- hayan viajado recientemente o hayan vivido en el país vecino, o hayan tenido contacto reciente con personas que vivieron o viajaron en el país vecino, o
- quien se piensa que haya adquirido la infección o se haya expuesto al daño en el país vecino o haya estado en el país vecino durante el periodo de incubación de la infección o el periodo

inicial de exposición, y haya sido posiblemente contagioso o con posibilidades de diseminar el agente de daño durante este periodo, o

- aquellos casos que requieran la colaboración de ambos países con el propósito de investigación y control de la enfermedad o del daño, sin importar el lugar de infección o exposición.

Estas Guías servirán como estándares en la conducta a seguir en cuanto a la respuesta a los eventos epidemiológicos de interés compartido por las agencias o instituciones de salud pública y su staff en los dos países. Mientras estas Guías no sean obligatorias, se planea orienten hacia el desarrollo de protocolos compartidos que faciliten su plena implementación.

2. Principios Generales

Los lineamientos de este documento se basan en los principios siguientes:

2.1. La necesidad por compartir la información

La principal misión de las agencias o instituciones de salud pública de los Estados Unidos y México es la de proteger y promover la salud de sus ciudadanos. Sin embargo, los eventos de salud pública, que involucran ambos países- (por la proximidad geográfica, por el movimiento de cruce fronterizo de sus ciudadanos, o por el intercambio de productos o por simultánea presentación de estos eventos- requiere de compartir la información entre las contrapartes institucionales. Tales acciones tienen el objetivo de informar de riesgos potenciales además de facilitar una apropiada respuesta para la protección de la salud de la población, sin importar el país de residencia. La adecuada preparación contra los riesgos de bioterrorismo u otras emergencias de salud pública, requerirá del establecimiento de canales de comunicación eficientes y bien definidos, antes de dicho evento, para facilitar el intercambio de información crucial y una respuesta coordinada y articulada, para lograr la mayor protección a la salud de la población.

Además del intercambio de información para proteger la salud de la población, se espera que las instituciones compartan información con su contraparte sobre los asuntos de salud pública que afecten a ambos países; así como revisar al interior de las instituciones las políticas, avisos o alertas para los viajeros o de las importaciones de productos del otro país, con el propósito de que dichas instituciones puedan prepararse a responder en la mejor medida posible

2.2. Oportunidad en el Intercambio de Información

El valor de la información epidemiológica está estrechamente ligado a su oportunidad. Cuando se necesite, el intercambio de esa información entre Estados Unidos y México debe ocurrir en un periodo de tiempo que permita responder a la necesidad específica de salud de la manera más rápida posible, aumentando el potencial para establecer una acción de salud pública eficaz para prevenir nuevos casos, discapacidades y muertes. Como tal, la información que se comparte puede ser preliminar y sujeta a cambios con la evolución de eventos. Se deberá indicar claramente si la información es preliminar.

2.3. Calidad de la Información

El valor del intercambio de información epidemiológica depende de su exactitud e integridad. Las autoridades de salud pública nacionales y estatales de ambos países, necesitan comprometerse a proporcionar la información epidemiológica de manera comprensible y actualizada según se disponga de ella.

2.4. Vías de Comunicación

Es necesario definir claramente las vías de comunicación de la información epidemiológica entre las agencias o instituciones de salud pública de Estados Unidos y México para asegurar la entrega rápida de la información a la agencia apropiada y basados en esa información elevar el potencial de la acción.

El intercambio de información binacional, debe ocurrir de una manera paralela y balanceada entre los distintos niveles de las agencias de salud pública. Cuando surja una necesidad específica para intercambio de información, el nivel local, estatal o federal de un país deben comunicarse con su agencia homóloga del otro país (ej. local-local, estatal-estatal, o federal-federal). Esto también debe dirigirse en paralelo con las contrapartes federales, como se defina por las políticas nacionales. Con respecto a un evento de salud pública- las agencias o instituciones de salud pública del nivel federal, u funcionarios que intervengan, participen, faciliten o promuevan el intercambio de información entre agencias del nivel estatal o local, deberán comunicarlo a sus contrapartes del nivel federal del país vecino antes de interactuar con los niveles estatales y locales de ese país.

Mientras se promueva que las comunicaciones se trasmitan en el idioma del otro país, comunicaciones en el idioma del país de procedencia, son en términos del propósito de estas Guías, maneras aceptables para el intercambio de información.

2.5. Confidencialidad, Protección de Privacidad, y la Difusión de Información

La información epidemiológica puede ser de naturaleza confidencial y delicada. Cualquier información que es manejada de manera no apropiada puede exponer a individuos, comunidades y países a estigma o pérdida de crédito, los cuáles pueden afectar su estabilidad, seguridad y bienestar. Por lo cual, ambas naciones se comprometen a proteger la información que el país vecino proporcione y deberá establecer mecanismos y herramientas para la transmisión y el almacenaje de toda la información que sea compartida por el otro país.

El intercambio de información que se trata en este documento tiene como fin auxiliar a que se lleve a cabo una acción de salud pública efectiva y oportuna. Esta información no se deberá difundir mas allá de las autoridades de salud pública relevantes, al menos que exista un acuerdo mutuo o se haya hecha pública a través del país que proveo la información. Si las agencias o instituciones de salud pública del país receptor de información son exigidas a compartir dichos datos más allá que para el fin de salud pública por requisitos legales- (como serían una orden jurídica o El Acta de acceso a información) o si se enteran de una fuga accidental de información, deberán advertir a las agencias pertinentes del país proveniente, de dicho evento.

2.6. Acción Conjunta para Responder a un Evento Epidemiológico

Cuando un evento epidemiológico ocurra, involucrando a ambos países y los dos tengan interés en investigarlo (como una investigación de un brote), los dos países deberán esforzarse para conducir la investigación de manera conjunta. En esa situación, la agencia nacional de salud pública del país en que la investigación se lleve a cabo tendrá jurisdicción en la materia y asumirá el papel de coordinador. Es importante mencionar que el país que coordina la investigación y que extendió la invitación al país vecino, tiene la facultad de anular la invitación y suspender la investigación conjunta de un evento particular de salud pública, en cualquier momento. En México, la invitación o declinación de funcionarios de salud pública de otro país para colaborar, es un atributo reservado para el Gobierno Federal, sea o no, el caso de que quienes participen en las investigaciones epidemiológicas o las medidas de control de enfermedades de algún evento de salud pública en particular sea del nivel federal.

Cada país proporcionará el apoyo técnico y financiero que se necesite para su participación, mismo que tendrá que estar sujeto a la disponibilidad presupuestaria y al cumplimiento de las disposiciones aplicables del país respectivo. Es de gran importancia que se compartan recursos, como pruebas de laboratorio que se necesiten, estos recursos deben negociarse oportunamente. Los límites de tiempo para realizar la investigación deben de ser una alta prioridad por ambos países. Cuando se requiera de acciones rápidas, el despliegue del equipo en el país dónde está ocurriendo el brote, no debe retardarse por la posible tardanza en la movilización del equipo del otro país, esto es, la respuesta ante el evento de parte del país afectado no debe retrasarse ante la espera del equipo del otro país.

2.7. Diferencias entre los Sistemas de Salud

Los roles en los diferentes niveles de gobierno de las agencias o instituciones de salud pública de los Estados Unidos y México no son iguales. En los Estados Unidos, el sector de salud pública está basado principalmente en los estados. En México aunque los estados son legalmente competentes para llevar a cabo algunas de las actividades de salud pública, éstas están sujetas a la rectoría de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. Tales diferencias se deben de tomar en cuenta cuando sea necesario atender algún evento epidemiológico que requiere la colaboración de ambos países.

2.8. Respeto a la Soberanía y Leyes de Cada País

La responsabilidad de la respuesta de todas las acciones en salud pública ante eventos binacionales, recae en las agencias o instituciones de salud pública del país dónde éstas se llevarán a cabo. De manera similar, todas las partes reconocen la necesidad de que estas mismas agencias o instituciones de salud pública operen dentro de un marco legal establecido por el país. Si se identifican barreras legales que limiten la capacidad de las agencias o instituciones de salud pública para colaborar de manera eficaz con las agencias homólogas del otro país, tales barreras deben ser controladas por las autoridades apropiadas con el objetivo de aumentar al máximo los beneficios de la salud pública en cada país.

3. Marco Legal.

Esta sección comprende el marco legal, para la implementación de estas Guías desde la perspectiva de los gobiernos federal y estatales de E.U., así como desde la perspectiva del gobierno mexicano.

Cabe señalar que no se refiere solamente a la vigilancia epidemiológica, dado que considera otros instrumentos legales que se aplican en la atención de los eventos.

Gobierno Federal y Estatal de los Estados Unidos.

El Acta del Servicio de Salud Pública (42 USC § 241 et seq) confiere al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) por sus siglas en inglés; amplia autoridad para la conducción de actividades relacionadas con la prevención y control de enfermedades y daños. También autoriza al HHS a participar con otros países en cooperación para el avance de las ciencias de la salud y mejorar la salud de los americanos. Los requisitos para la notificación de enfermedades están definidos en las leyes del ámbito estatal y local. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC); sin embargo, en conjunto con el Consejo de Epidemiólogos Estatales y Territoriales (CSTE) han definido una lista nacional de enfermedades a notificar; así los estados proveen al Sistema Nacional de Notificación de Enfermedades de los CDC de la información correspondiente. Además, las regulaciones federales, obligan a barcos y a aviones a notificar muertes o enfermedades entre sus pasajeros a la estación de cuarentena de los CDC. Los CDC también disponen de sistemas de vigilancia específicos para atender problemas de salud de interés nacional.

El Acta de Confidencialidad (5 USC § 552^a) que regula los términos del uso por las agencias federales de los "sistemas de expedientes" que incluyen la información de identificación personal, pueden aplicar a las bases de datos de vigilancia epidemiológica. Además de definir controles de los términos por los cuales las agencias federales pueden recolectar, mantener, diseminar la información personal, también define las condiciones bajo las cuales el acceso de la información es permitido sin consentimiento. Esto incluye el acceso "autoridades médicas" motivo de la cooperación cuando una emergencia médica que afecta la salud y seguridad de otros y conforme al uso rutinario según lo definido en el sistema de los expedientes publicados por la agencia. El sistema de los expedientes aplicables a la mayoría de proyectos de la vigilancia de CDC es 09-20-0136, "Estudios y Vigilancia Epidemiológicos de los Problemas de la Enfermedad".

El Acta de Liberación de la Información FOIA por sus siglas en inglés (FOIA, 5 USC § 552) permite que las personas soliciten el acceso a los expedientes de agencias federales. Aplica solamente a los expedientes federales, ya que los estados de los Estados Unidos, tienen sus propios reglamentos. El FOIA permite su accesibilidad a excepción de los expedientes (o las partes de ellos) que se encuentren protegidos contra su acceso. Mientras que FOIA protege ciertas clases de la información contra acceso, no parece restringir compartir de la información de salud pública con las contrapartes en México según lo descrito en este documento.

El Acta Federal de la Portabilidad y de la Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 HIPAA por sus siglas en inglés. Reglas de confidencialidad regula cobertura de servicios como: prestadores de servicios, planes de salud, facturación de los servicios de salud y divulgación de información de salud. Mientras que los CDC no se consideran una "entidad protegida" algunos estados y Departamentos locales de Salud pueden serlo. La regla de confidencialidad de HIPAA reconoce la necesidad legítima de asegurar de autoridades de salud pública y otras responsables de salud pública y seguridad de tener acceso a la "información protegida de salud", PHI por sus siglas en inglés; para realizar su misión en salud pública. La regla de la confidencialidad permite que las entidades protegidas, divulguen PHI, sin la autorización del tema, a las autoridades de salud pública (ej. CDC, Departamentos de Salud de los estados o locales) autorizados legalmente para recibir tales informes para los propósitos de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o discapacidades. Incluye por ejemplo la notificación de: hechos vitales, como nacimientos o muertes; y la información de investigaciones e intervenciones en salud pública. Bajo la dirección de una autoridad sanitaria, las "entidades cubiertas" pueden divulgar PHI a una agencia estatal extranjera que esté actuando en la colaboración con una autoridad sanitaria [45 CFR 164.512(b) (1) (i)].

Cada estado debe revisar sus leyes, en cuanto a estos lineamientos para determinar si existe autoridad legal para el intercambio de información en salud pública y la colaboración en diferentes formas con las contrapartes en México en eventos epidemiológicos de interés mutuo. Algunos estados han examinado su legislación, intentando identificar barreras potenciales al compartir la información epidemiológica con México.^{1,2} Se exhorta a todos los estados para que terminen el análisis de sus leyes para este propósito. En los casos que se identifican barreras, se propone considerar la creación de nueva legislación, que proporcione tal autoridad, basada en el valor de la colaboración para la mejora de la salud pública en nuestros países. Las agencias locales, estatales y federales de México reservan el derecho de compartir información con aquellos estados cuyas barreras legales impidan el intercambio de información con México.

¹ Barreras a la Cooperación Binacional en Salud Pública entre Tejas y México, Oficina de Salud Fronteriza, Departamento de Salud de Tejas, 2001

² Informe Anual del Estado de la Salud de la Frontera, 2001: Barreras a la Colaboración de California-México en Salud Pública, Oficina de Salud Binacional y Fronteriza de California, Departamento de California de Servicios Médicos

La Constitución de los Estados Unidos, Artículo I, sección 10, establece de forma destacada que "ningún estado, sin el consentimiento del Congreso, establecer acuerdos con otro estado, o con un poder extranjero... ". Con la aprobación del Departamento del Estado; sin embargo, los estados tienen la capacidad de entrar en arreglos cooperativos "no obligatorio" entre ellos y con sus contrapartes mexicanas. Los planes actuales para el intercambio de información epidemiológica deben proceder de los arreglos mencionados.

En resumen, la legislación federal de los Estados Unidos permite el intercambio de información epidemiológica con un país extranjero para la prevención o control de enfermedades, con las restricciones necesarias de confidencialidad. Cada estado necesita revisar su propia legislación para determinarse si existen barreras para el intercambio de información. De ser así, dicha legislación debe ser reconsiderada para asegurarse de que los funcionarios de salud pública del estado tienen la autoridad necesaria para mejorar la salud pública con compartir tal información. Con la autoridad que brindan las leyes del estado, los estados están constitucionalmente autorizados a celebrar arreglos cooperativos entre sí y con los estados mexicanos con el fin de compartir la información epidemiológica.

Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos:

El marco legal de México para vigilancia epidemiológica e información de salud está integrado por un conjunto de ordenamientos jurídicos que incluyen la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, leyes, , reglamentos, decretos, acuerdos del Secretario de Salud, normas oficiales mexicanas acuerdos del Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Entre los más destacados están:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El párrafo cuarto del Artículo 4º establece el derecho a la protección de la salud. El artículo 73, fracción XVI, base primera establece el Consejo de Salubridad General (CSG), un cuerpo del Estado mexicano dependiente directamente del Presidente de la República, donde preside el Secretario de Salud. El CSG tiene la autoridad para expedir disposiciones obligatorias en materia de salubridad general.

La Ley General de Salud (LGS) reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Esta Ley es obligatoria en todo el territorio nacional.

La Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG) establece las reglas y mecanismos para asegurar que toda persona tenga acceso a la información en posesión del Gobierno Federal u otras instituciones autónomas, excepto aquella información que está clasificada como reservada. Las entidades federativas en México tienen normas similares. De igual manera, establece que los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en el ejercicio de las funciones de los servidores públicos federales, no se pueden difundir, distribuir o comercializar, salvo que exista consentimiento expreso de los individuos a los que haga referencia la información. Por otra parte, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, dispone que los responsables en el tratamiento de datos personales, deberán observar los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad, previstos en la Ley.

La Norma Oficial Mexicana para Vigilancia Epidemiológica (NOM 017-SSA2-1994) y de Información de Salud (NOM 040-SSA2-2004) determina responsabilidades institucionales y procedimientos para conducir la vigilancia, incluyendo la notificación, integración de datos y comunicación.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo 17, Fracción I, dice que “los Estados no pueden bajo ningunas circunstancias, firmar un acuerdo, tratado o coalición con otro Estado o poder extranjero....”

La legislación mexicana determina que la prevención y el control de enfermedades es una atribución exclusiva de las autoridades sanitarias de México, y permite al Gobierno Federal establecer acuerdos de colaboración específicos con otros órganos gubernamentales extranjeros u organismos internacionales.

Otras Colaboraciones entre los Estados Unidos y México

Estas guías también son consistentes con otros términos acordados entre las autoridades de salud pública de los dos países. En marzo de 2008, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.U. y la Secretaría de Salud de México establecieron un Memorándum de Entendimiento para la Colaboración en las áreas de Salud Pública y las Ciencias, que ofrece un “marco para fomentar la colaboración bilateral” dentro del cual, los esfuerzos deben encaminarse a “promover la colaboración en áreas de interés mutuo”. Entre las áreas que se mencionan para la colaboración se incluyen “la detección, vigilancia y notificación de enfermedades infecciosas y crónicas, para facilitar un mejor seguimiento de la prevalencia y las tendencias que permitan mejorar la prevención, la atención y la respuesta a estos daños a la salud”. En 2007, se adoptó además una Declaración de cooperación en salud suscrita por los gobiernos de E.U. México y Canadá, para abordar las emergencias de salud pública, haciendo referencia al intercambio de información y a la implementación de protocolos para la colaboración entre los laboratorios, entre otras áreas.

Otros mecanismos existentes para la colaboración entre los gobiernos de los dos países en asuntos de salud pública incluyen la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, el Acuerdo Cooperativo de la Seguridad de los Alimentos México-Estados Unidos, la Conferencia de Gobernadores de la Frontera, la Oficina Americana de Campo de El Paso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Memoranda de Entendimiento y los Consejos Binacionales de Salud de las Ciudades Hermanas de la Frontera. Existe colaboración conjunta en acciones de salud pública en las áreas de tuberculosis (Die Contra TB, Tarjeta Binacional TB), Vigilancia de Enfermedades Infecciosas (Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles en la Frontera BIDS por sus siglas en inglés); Vigilancia y Alerta Temprana de Enfermedades Infecciosas EWIDS por sus siglas en inglés), influenza y otras.

En conclusión, los marcos jurídicos de ambos países en el nivel nacional permiten el intercambio de la información, según lo propuesto en estas Guías. Los estados o entidades federativas que forma parte de cada uno de los países analicen sus propios marcos jurídicos locales, a efecto de verificar que sus disposiciones se encuentran alineadas y complementen los lineamientos aquí proporcionados. Las autoridades sanitarias de ambos países han mostrado el deseo y necesidad de apoyo recíproco para atender los comunes desafíos en salud pública.

4. Alcance de Eventos de Salud Pública

El propósito de este capítulo es caracterizar el alcance de los eventos de salud pública para lo que ambos países están de acuerdo en que es apropiado intercambiar la información epidemiológica. Se entiende que la información a ser compartida por un país es tal, que lleva o facilita las acciones en el segundo país que será un beneficio directo para la salud de la población de uno o ambos países. Esto incluirá:

A) Los casos de enfermedades que se identifiquen en un país, que tengan evidencia o razón para sospechar una liga epidemiológica con el otro; o esa liga puede ocurrir en el futuro debido al movimiento anticipado al país vecino;

B) De la misma forma, la identificación de factores de riesgo sobre enfermedades en un país que puedan llevar enfermedades al otro. Cuando un país identifica factores de riesgo para una enfermedad en una localidad fuera de su territorio que puedan afectar al país vecino, se deberán llevar a cabo esfuerzos para compartir información relevante de manera oportuna con el país que potencialmente podría verse afectado.

Tipos de eventos de salud pública que se encuentran dentro de estos criterios, incluyen, mas no se limitan a los siguientes:

- Un caso probable o confirmado de una infección severa o alguna otra enfermedad infecciosa importante con una alto potencial de diseminarse en el otro país.
- Infecciones en animales o vectores con un potencial de transmitir enfermedades severas o potencialmente severas a humanos.
- Un caso probable o confirmado de enfermedad severa o potencial de ser severa con la sospecha de haber sido causada por una liberación intencional.
- Brotes de enfermedades que involucran a ambos países al momento de descubrimiento o que tienen un potencial significativo para diseminarse en el otro país.
- Brotes de enfermedades asociadas con viajes o migración hacia el otro país.
- Brotes de enfermedades o contaminaciones químicas asociadas con alimentos o productos de origen del otro país.
- Emergencias de salud derivadas por el medioambiente que potencialmente o en efecto afectan a ambos países.
- Casos binacionales de enfermedades sujetas a notificación por acuerdos previos.

En la región fronteriza entre los Estados Unidos y México, existe una gran interacción, que se refleja en los más de 128 millones de visitantes de México a Estados Unidos y los casi 95 millones de visitantes Estadounidenses a México en 2005³. Mientras que el tráfico de la región fronteriza conforma la mayor parte de estos viajes, viajes ocurren entre todas las regiones de México y Estados Unidos. Por ejemplo, más del 65% de viajeros por avión de E.U. a México, volaron a la ciudad de México, Cancún y Guadalajara en 2010. El potencial que tiene un evento de salud pública para ser binacional debe ser considerado de largo alcance para ambos países.

5. Guías Técnicas Específicas.

Esta sección presenta las guías técnicas específicas, por tipo de evento o áreas de colaboración.

5.1 Eventos de Salud Pública Binacionales

³ North American Transportation, Statistics, <http://nats.sct.gob.mx/nats/sys/tables>

Eventos de salud pública binacionales son aquellos que potencialmente o actualmente están afectando a individuos o poblaciones en ambas naciones. Eventos binacionales abarcan casos, brotes, amenazas y riesgos, exposiciones y, en general, cualquier situación de salud pública de interés para ambos países.

Casos Binacionales

Como se ha mencionado anteriormente, el término “caso binacional” se refiere a un paciente con un caso confirmado o probable de una enfermedad infecciosa o padecimiento, sujeto a notificación en cualquiera de los países y quien haya quizás adquirido o transmitido la enfermedad en el otro país, o quien quizás requiera de una colaboración binacional para la investigación, el manejo o control de su enfermedad.

Un ejemplo de un caso binacional, es una persona con tuberculosis bajo tratamiento que cruza la frontera durante el curso de su tratamiento y seguimiento médico. Los casos de tuberculosis binacionales corren el riesgo de interrumpir su tratamiento con el riesgo consecuente de desarrollar droga resistencia a los medicamentos. Los casos de droga resistencia de TB amenazan a la salud pública ya que diseminan casos droga resistentes que a su vez son mucho más costoso y complicado su tratamiento. En base a “La Necesidad para Compartir Información” (el Principio General 2.1 de estas Guías) la identificación de casos binacionales por autoridades de salud pública justifica compartir los datos relevantes con las contrapartes del país vecino para asistir en la búsqueda de individuos que hayan sido expuestos y de otros casos, para reducir el riesgo de transmisión continua, y para asegurar que haya control de enfermedad adecuado en los casos ya identificados.

- 1.- Identificación de los Casos Binacionales:** Para determinar si una persona con una enfermedad sujeta a notificación es o no, un caso binacional, requiere la obtención de ciertos datos que usualmente no se colectan. Los estados deberán solicitar a los profesionales de salud pública quienes realizan la notificación, de la necesidad de averiguar si los casos son binacionales, especialmente en las áreas donde sea más probable (localidades con flujo migratorio entre ambos países, o poblaciones de migrantes). Las autoridades de salud pública deberán considerar a futuro la incorporación de estos asuntos como una rutina más a ser reportada. Una lista de potenciales enfermedades binacionales preguntas diseñadas para obtener esa información se deberá preparar como parte de la fase de implementación de estas Guías, siendo cautelosos para no excluir eventos desconocidos o no-específicos que son binacionales por naturaleza (ej. exposiciones ambientales, pandemias de enfermedades infecciosas, etc.).
- 2.- Notificación del Caso Binacional:** Reconociendo que los casos binacionales, por definición, implican un riesgo de salud pública al país vecino y requieren generalmente la acciones de salud pública oportunas, todos los casos binacionales de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria se deben divulgar puntualmente a las autoridades de salud pública en el país vecino. Funcionarios de salud pública de ambos países necesitarán familiarizarse con la lista de condiciones que sean notificables en cada país. La herramienta de algoritmo y decisión “Anexo 2 del RSI”⁴ podría ser útil para evaluar si una condición que debe ser notificada o no- en un individuo se consideraría como caso binacional.
- 3.- Información del Caso Binacional:** Cuando sea necesario, el intercambio de información de los casos binacionales, debe ser suficiente para permitir el seguimiento apropiado en salud pública. En algunas circunstancias, esto puede traer consigo el incluir los datos de identificación del paciente. **En apego a las leyes de salud pública y de regulación de privacidad de ambos países, el intercambio de**

⁴ Página 61 del Reglamento Sanitario Internacional, disponible en: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf

información debe ser manejado confidencialmente. Los funcionarios de salud que reciban la información se comprometen a usar ésta responsablemente y sólo para los propósitos de llegar a una acción de salud pública.

4.- Notificación Oportuna de Casos Binacionales: Los tiempos de notificación necesitan acordarse entre ambos países para reportar a las autoridades de salud pública los casos binacionales. Cuando existan notificaciones de urgencia, éstas deben darse dentro de 24 horas después de la identificación inicial del caso.

5.- Procedimientos de Notificación de Casos Binacionales: Los mecanismos de notificación deben ser claros y de común acuerdo con las autoridades de salud pública de ambos países, en todos los niveles de gobierno que se especifican:

- Agencias homólogas y la oficina de notificación correspondiente.
- Canales, herramientas y formatos de comunicación que minimicen en retraso la recepción de la notificación y que garantice el intercambio seguro y confidencial (ej. Teléfono, fax, email, archivo electrónico, sistemas seguros en la red, etc.)
- Información que debe de ser incluida de los casos binacionales.

6.- Información para el Seguimiento de los Casos Binacionales: Los dos países deben intercambiar la información de seguimiento sobre los casos binacionales para que se pueda determinar la efectividad de la notificación de casos binacionales y de la coordinación para su manejo e investigación. Funcionarios de salud pública de ambos países deberán acordar en los protocolos de seguimiento para los casos.

Brotos Binacionales

El término brote se refiere a un aumento de casos de una enfermedad en particular o de algún otro problema de salud en una población dado un periodo de tiempo determinado. El número de casos de enfermedades que se deben dar en conglomerado para considerarse brote depende de los datos históricos epidemiológicos, criterio de diagnóstico y recursos de laboratorio. Un sólo caso de enfermedades raras como la rabia o un padecimiento que ya se “erradicó” como la viruela pueden constituir por si solos un brote, mientras que muchos casos de enfermedades más comunes como el VIH/SIDA o tuberculosis podrían no considerarse brote. Las nuevas capacidades de diagnóstico como las técnicas de toma de huellas dactilares moleculares han habilitado la caracterización oportuna de enfermedades con características no-distinguibles molecularmente; entonces se utilizaría una investigación epidemiológica para encontrar vínculos entre los casos del conglomerado. Esta combinación de caracterización molecular de microbios y de investigación epidemiológica ha identificado varios brotes, incluyendo unos bastante dispersos que de otra manera no se hubieran detectado.

Se considera que un brote es binacional cuando:

- existe exposición a enfermedades en un país para los visitantes o migrantes que provienen del otro,
- la enfermedad es asociada con los productos del otro país,
- exposiciones ambientales/ecológicas que causan enfermedad simultáneamente afectan ambos países, o
- los casos aparecen en las zonas fronterizas que involucran la población de ambos países.

Una vez que se detecta un brote binacional, si continúan apareciendo nuevos casos o si persiste la exposición a los agentes causales, se necesita de una respuesta rápida para diagnosticar la enfermedad o el daño con precisión, para determinar la magnitud del brote, para identificar los factores de riesgo significativos, y/o para implementar las medidas de prevención y control apropiadas. La coordinación entre las agencias o instituciones de salud pública de los dos países es esencial para satisfacer las necesidades de las partes relevantes y para lograr el uso más eficaz de los recursos disponibles.

1.- Preparación para Atender Brotes Binacionales: Los siguientes preparativos se deben implementar antes de un evento:

- Intercambio de las listas de los contactos binacionales en los niveles local, estatal y federal, incluyendo información del contacto que mantiene la disponibilidad todo el tiempo;
- Mecanismos de comunicación en español e inglés;
- Definir y practicar los protocolos de comunicación para la notificación de autoridades de salud pública
- Planear las respuestas necesarias para las diversas amenazas de salud pública
- Establecer mecanismos para el transporte de muestras o suministros que se necesiten a través de las aduanas de Estados Unidos y de México

2.- Comunicación entre las Autoridades en Salud Pública durante los Brotes Binacionales: Una vez que un brote binacional se identifica, las autoridades de salud pública apropiadas deben ser notificadas, de acuerdo a lo citado en el protocolo de comunicaciones ya definido. Las autoridades de salud pública de ambos países deben intercambiar los datos disponibles, y asumir la decisión más apropiada para una respuesta, incluyendo un acuerdo determinando si es necesario, o no, comenzar una investigación binacional.

3.- Investigaciones Conjuntas de Brotes Binacionales: Una vez que se acuerda llevar a cabo una investigación o esfuerzo binacional un equipo de directivos binacionales de vigilancia de los dos países deben reunirse. A menos que se defina lo contrario, la coordinación de la investigación será la responsabilidad de la autoridad en salud pública de dónde será investigado el brote. Siempre se requiere el aval por parte de las autoridades Federales de Salud Pública de México si el equipo de investigación binacional estará trabajando en territorio mexicano. El equipo de directivos de vigilancia será responsable o coordinador de:

- escoger a los miembros del equipo binacional de investigación en la materia, incluyendo un líder de equipo de cada país.
- preparar el trabajo de campo, incluyendo los arreglos para cualquier viaje que se necesite, equipo de protección personal, profiláctica, y disponibilidad de suministros y equipo
- planear e implementar la investigación
- del contenido de las alertas de salud y documentos de prensa
- de la determinación de medidas de control basadas en información que proviene del equipo de campo
- arreglos administrativos y logísticos para apoyar al equipo binacional

4.- Recursos para las Investigaciones Conjuntas: La responsabilidad de la gestión para cubrir con las necesidades de viaje de los participantes de la investigación será de cada agencia de salud pública participante. Los recursos básicos que se necesiten será responsabilidad de la agencia de salud pública donde se realice la investigación. En la ausencia de los suministros que se necesiten para la capacidad de la investigación (ej. los exámenes de laboratorio seleccionados), se promoverá el compartir recursos disponibles entre las agencias contrapartes.

5.- Cooperación Binacional en Compartir Recursos de Salud Pública- Se promueve que las agencias o instituciones de salud pública nacionales y estatales compartan información y otros recursos diseñados para fortalecer la capacidad epidemiológica y de respuesta de las contrapartes binacionales. Participación conjunta por agencias multinacionales (ej. OPS/OMS) y ONGs (ej. TEPHINET) puede proveer oportunidades adicionales para identificar necesidades y para colaborar apropiadamente con las autoridades de Salud Pública de E.U. y México.

5.2 Brotes Alimenticios

Los alimentos contaminados son responsables de muchas infecciones y exposiciones tóxicas. Dentro de los Estados Unidos se estima que las enfermedades ocasionadas por los alimentos, son responsables de 76 millones de enfermedades y 5,000 muertes al año. El aumento en el comercio internacional de productos agrícolas ha sido asociado con los brotes en un país (o más) debido a los patógenos transmitidos por los alimentos importados de otro país. Los Estados Unidos y México han colaborado en la respuesta a varios de estos brotes.

La organización de las funciones gubernamentales en cuanto a la seguridad de los alimentos es a menudo compleja, ya que se deben incluir múltiples agencias tanto en el sector salud como en el agrícola e incluso también de los varios niveles (federal, estatal y local). Para facilitar esta colaboración necesaria, el(los) país(es) vecinos necesitan entender las diferentes funciones de estas agencias, incluyendo la responsabilidad de cada uno en cuanto a la respuesta a los brotes por enfermedades asociadas a los alimentos.

Dentro del nivel nacional de los Estados Unidos, los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) es responsable de la vigilancia de las enfermedades en humanos causadas por los alimentos y también de la investigación epidemiológica y de laboratorio para los brotes alimenticios. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés) se responsabiliza de la regulación de las carnes, carne avícola, y algunos productos derivados del huevo. La agencia para la Administración de Alimentos y los Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) es responsable de la regulación de todos los demás alimentos, los cuales incluyen mariscos, frutas lácteas, verduras, y huevos con cáscara, entre otros productos.

En la mayoría de los estados de la Unión Americana la responsabilidad de la vigilancia e investigación para con las enfermedades asociadas a los alimentos recae en las agencias de salud (local o estatal); mientras los aspectos regulatorios recaen en los departamentos de agricultura o los departamentos de salud pública a nivel estatal o localmente con la agencia local de salud pública. Cuando los estados requieren de la ayuda o asesoría para la investigación de los brotes alimenticios por parte de los CDC, es necesario que los directivos estatales elaboren un requerimiento formal, ya que los CDC no tienen la autoridad para enviar a sus investigadores sin una invitación previa por parte de las autoridades estatales. En el evento de un brote interestatal o un brote internacional, la FDA y/o el USDA serían contactados para poder colaborar con múltiples jurisdicciones para ayudar a coordinar la investigación del brote, incluyendo investigaciones de rastreo y el potencial retiro de productos.

A nivel de gobierno local en los Estados Unidos, existe una enorme variación en las las funciones de seguridad de alimentos y responsabilidades entre las 3,000 agencias de salud locales. En varios lugares, las enfermedades asociadas a los alimentos, son investigadas por sanitarios; así como las inspecciones sanitarias de las conductas ambientales en los restaurantes; en otros lugares son las autoridades

estatales las responsables de la notificación e investigación de los brotes asociados a alimentos y la autoridad local tiene un papel secundario como apoyo.

Dentro de México, el Servicio Nacional para la Seguridad, Salud y Calidad Agro-alimentaria (SENASICA) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación. La Secretaría de Salud, por medio de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), es el órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, competente para ejercer el control y la vigilancia sanitarios de alimentos y bebidas, plaguicidas, nutrientes vegetales, sustancias tóxicas o peligrosas para la salud; productos biotecnológicos, suplementos alimenticios, materias primas y aditivos que intervengan en la elaboración de los productos anteriores, entre otros. Cuando se le notifica por parte de una parte doméstica o internacional, de algún brote asociado a un alimento que proviene de México u otro país, COFEPRIS coordinaría internamente y externamente con otras agencias gubernamentales, de acuerdo a la naturaleza del evento.

La complejidad de la organización institucional en esta materia, crea una importante necesidad de colaboración entre las autoridades federales, estatales, y locales a través de las fronteras internacionales.

Los brotes alimenticios a menudo implican la necesidad de realizar dos o más investigaciones. La primera es la investigación inicial epidemiológica y del medio ambiente la cual idealmente identificará la fuente probable de la enfermedad, el agente causal, el alimento involucrado y cómo se pudo haber contaminado el alimento. La investigación ayudará a determinar si el alimento es de origen doméstico o importado. En este caso, y si se sospecha que un producto alimenticio fue contaminado en su punto de origen, se necesitará otra investigación adicional del alimento implicado, para determinar la fuente. Investigaciones adicionales podrían identificar el punto de contaminación dónde se haya la oportunidad más eficaz para la prevención futura, al igual que la necesidad para acción regulatoria. Estas investigaciones representan importantes oportunidades para la colaboración entre los dos países.

1.- Responsabilidades de las áreas de Protección contra Riesgos Sanitarios/Regulación Sanitaria/Calidad Agroalimentaria- Dado que las acciones de vigilancia sanitaria de los productos caen dentro del área de competencia de las instituciones reguladoras, el intercambio de la información deberá llevarse a cabo conforme a las políticas de las instituciones involucradas y en el marco de los acuerdos existentes entre las agencias reguladoras de alimentos en México y los Estados Unidos.

2.- Implicaciones Relacionadas con el Comercio- Siendo que se reconoce la importante implicación de los brotes alimenticios en el comercio, las conclusiones epidemiológicas deben ser basadas en métodos científicos confiables que proporcionen resultados que compartan plenamente las agencias homólogas del otro país.

3.- Tecnología Avanzada para Diagnóstico- El uso de tecnologías avanzadas (ej. electroforesis en campos pulsados I) deberá promoverse para la subtipificación en humanos y el aislamiento en alimentos; así como el intercambio de los hallazgos del uso de dichas tecnologías con las contrapartes de los dos países.

4.- Confidencialidad e Intercambio de Información- Las agencias o instituciones de salud pública y las agencias reguladoras de la seguridad de los alimentos, son legalmente obligadas en ambos países a mantener la confidencialidad de la identificación del paciente y el secreto de la información de marca. Sin embargo el intercambio expedito de información específica entre las agencias de ambos países sobre quién ha enfermado (número y localidad de casos), los datos

epidemiológicos asociados implicando los vehículos alimenticios, y el punto de origen y la distribución total de los alimentos implicados es importante para la apropiada y efectiva respuesta. Los parámetros para la definición de qué datos deben ser intercambiados y las condiciones bajo las cuales ocurre de manera legal; debe ser definida por adelantado para las emergencias binacionales relacionadas a la seguridad de alimentos.

5.3 Guía Técnica para los Eventos Potencialmente Terroristas

Los eventos recientes han obligado a los Estados Unidos a reconocer que se necesita estar preparados para atender a una posible liberación intencional de agentes biológicos, químicos o radiológicos/nucleares que puedan dañar a las personas. La posibilidad de que tales agentes se introduzcan por la frontera entre México y Estados Unidos hace que este problema sea de interés para ambos países. Tal escenario podría generar la aparición de casos en la región fronteriza, lo que llevaría a la necesidad de una coordinación binacional más íntima.

La sospecha o identificación de que un evento ha sido intencional implicaría la aplicación de otros ordenamientos jurídicos a los previstos en estas Guías, además de la participación potencial de otras agencias fuera del sector de salud, con las que las agencias o instituciones de salud pública nacionales deberán cooperar como se defina en los planes de respuesta a emergencias nacionales.

Debido a que el aumento en enfermedades a causa de la liberación intencional de agentes podría aparecer sin previo aviso, las autoridades de salud necesitan estar conscientes de rasgos sugestivos, incluyendo los siguientes:

- Un brote de una enfermedad o síndrome inusual, compatible con los agentes asociados con bioterrorismo, especialmente cuando ocurren en una población Definida.
- Muchos casos de enfermedad o muertes sin explicación.
- Más casos de enfermedades severas de los que usualmente se esperan para un patógeno o enfermedad específica que no responde con un tratamiento normal.
- Una enfermedad que es inusual en un área geográfica o estación del año.
- Epidemias simultaneas múltiples o seriadas, de enfermedades diferentes en una misma población.
- Unas cadenas o variantes inusuales en organismos o resistencia a modelos antimicrobianos de los que ya están circulando.
- Aislamiento de agentes tipificados como genéticamente similares provenientes de fuentes diferentes en diferentes tiempos y localidades.
- Tipos genéticos similares entre agentes aislados de distintas fuentes en tiempos o localidades diferentes.
- Conocimiento de un potencial ataque, o reivindicación por algún grupo terrorista o agresor u otra información que sugiera un ataque terrorista.
- Otras situaciones inusuales^{5,6}

1.- Canal de Comunicaciones Emergentes. El contenido de los programas de emergencias en salud pública de los dos países, incluyendo los nombres de sus directores y sus directorios, deben darse a conocer. Ambos programas deben tener un mecanismo que permita contacto directo, y continuo (las 24 horas al día, los 7 días a la semana, los 365 días al año).

⁵ Recognition of Illness Associated with the Intentional Release of a Biologic Agent, MMWR 2001 Oct 19; 50(41):893-897.

⁶ Recognition of Illness Associated With Exposure to Chemical Agents — United States, 2003, MMWR 2003 Oct 3; 52(3):938-940.

2.- Comunicación de Incidentes Sospechosos. La sospecha de cualquier incidente en la salud por la liberación intencionada de agentes que puede afectar a los ciudadanos del otro país, debe de ser comunicado urgentemente a las agencias homólogas responsables de tales emergencias.

3.- Intercambio de Información Continua. Cuando surja un incidente, debe intercambiarse la información regularmente como se determine conjuntamente entre los programas para las emergencias en salud pública de ambos países.

4.- Intercambio de Recursos en Emergencias. En preparación para estos eventos potenciales, se deben establecer acuerdos entre las autoridades de salud pública de ambos países; incluyendo los niveles local, estatal y federal, con respecto al intercambio de recursos de salud durante las emergencias de salud pública.

5.- Adherencia a los Lineamientos de Atención a Brotes. La cooperación en la investigación de tales incidentes es de gran importancia y debe seguir las mismas guías como cuando se tienen brotes naturales.

6.- Cuarentena de Ciudadanos Extranjeros. En el caso de ser necesario declarar por las autoridades de salud, un periodo de cuarentena en un país donde estén ciudadanos del otro país, esta decisión se deberá comunicar urgentemente a la agencia de salud homóloga del otro país. La agencia de salud pública que active la cuarentena debe reconocer las necesidades especiales de los ciudadanos del otro país que están fuera de su lugar de residencia, esto mientras todavía esté segura la efectividad de la medida de la cuarentena.

5.4 Guías Técnicas en las Funciones del Laboratorio

Los laboratorios juegan un papel especial en la vigilancia e investigación de los problemas de salud. El propósito de este capítulo es establecer las guías técnicas para los laboratorios cuándo eventos de salud de interés binacional ocurran y se requiera de la colaboración de ambas naciones.

La disponibilidad de los laboratorios y la complejidad para corroborar qué esos laboratorios son capaces de participar, varía a lo largo de la frontera de los dos países. Esto puede llevar al uso periódico por médicos fronterizos o pacientes de laboratorios en el país vecino. Además, brotes de enfermedades o planes de preparación de emergencia pueden llevar a tomar decisiones de compartir los recursos de los laboratorios. En tales casos, el reducir los tiempos requeridos para el diagnóstico del laboratorio y la confirmación de los casos es un punto crítico para la identificación oportuna de problemas de salud y brotes de enfermedades, que permitirán llevar a cabo las medidas de control apropiadas y oportunas. Esto es particularmente importante cuándo se esta hablando de eventos de bioterrorismo y/o brotes de enfermedades muy contagiosas como la pandemia de influenza o el SARS que tienen el potencial para causar problemas de salud, sociales y económicos sustanciales.

Cada una de las áreas específicas que se detallan más abajo deben establecer para los laboratorios líneas de trabajo binacionales que sean eficientes, muy funcionales, para desarrollar las capacidades que se necesitan para responder a los brotes de enfermedades y otros desafíos en salud que impactan ambos países efectivamente.

1.- Reporte Binacional de Enfermedades Sujetas a Notificación. Cuando se realice un examen a un residente de un país, en un laboratorio del país vecino, y dé un resultado positivo a una enfermedad sujeta a notificación, esta información necesita ser comunicada rutinariamente a las autoridades de salud pública de dónde reside el individuo. El mecanismo para llevar a cabo esta comunicación se necesitará hacer por medio de las agencias de salud estatales en coordinación con los laboratorios públicos y privados en su jurisdicción y con sus contrapartes en el otro país.

2.- Transporte de Muestras de Laboratorio por Aduanas. En casos donde ciertas muestras de interés para la salud pública necesiten ser cruzados por la frontera para ser estudiados por otro laboratorio, se necesitan establecer mecanismos para asegurar el traslado acelerado por Aduanas, ya que el retraso excesivo puede comprometer la calidad de la muestra y la posibilidad de obtener un diagnóstico exacto. Es probable que se requiera el impluso de un acuerdo previo entre las agencias involucradas, incluyendo la autoridad aduanal, especificando el procedimiento a seguir claramente definido para el rápido cruce fronterizo de las muestras.

3.- Estándares para el Transporte de Muestras. Muestras que se envían para estudiarse en el país vecino, necesitan seguir las normas nacionales e internacionales de etiquetado, empaquetamiento y transporte. En los laboratorios que pueden participar en tales estudios de colaboración, se debe proporcionar entrenamiento específico en la aplicación de estas normas al personal responsable de estas áreas, además de instrucciones por escrito.

4.- Autorización para Pruebas de Laboratorio. No deben aceptarse muestras, a menos que vengan referidas de antemano, por personas autorizadas del país vecino. Se debe de enviar confirmación a la agencia de salud pública que despachó la muestra a la llegada de la misma. En situaciones donde exista la posibilidad de enviar un número grande de muestras al laboratorio receptor, éste debe establecer políticas de manejo que definan la prioridad de las muestras que son urgentes en su estudio e informar agencias de estas políticas.

5.- Reporte de los Resultados de Laboratorio. Los resultados de laboratorio deben ser comunicados rápidamente a la agencia de salud pública siguiendo los criterios de confidencialidad. Sólo la agencia de salud pública despachadora es la autorizada para comunicar públicamente los resultados. Cuando sea apropiado, protocolos específicos pueden ocuparse como procedimientos alternos.

6.- Colaboración Binacional de Laboratorios. Se anima a reforzar las posibilidades de diagnóstico y la calidad del servicio que proporcionan en los laboratorios alrededor de la frontera. Esto puede incluir entrenamiento, provisión de equipo, los suministros y/o reactivos, y participación en los programas de calidad. Para el transporte de muestras por la frontera, se deben impulsar la celebración de acuerdos entre las agencias de salud pública, la agencias regulatorias y las autoridades aduanales para definir protocolos que faciliten el paso de estos materiales. Los roles de coordinación de las agencias nacionales de salud pública para tales actividades necesitan ser definidos por cada país.

5.5 Evaluación de Riesgo a la Salud Pública y Comunicaciones

5.5.1 Evaluación de Riesgo

La evaluación de riesgo es un elemento fundamental para la respuesta efectiva en salud pública. La evaluación del riesgo de eventos de salud pública involucra esfuerzos cuantitativos y cualitativos para

estimar la probabilidad de efectos dañinos a las poblaciones de ciertas instancias de enfermedades o de actividades humanas. Las evaluaciones de riesgo se hacen formalmente para las Emergencias en Salud Pública de Interés Internacional que se reportan a la Organización Mundial de la Salud [OMS] usando los algoritmos del Reglamento Sanitario Internacional y por las agencias de salud de cada país para una variedad de situaciones, por ejemplo brotes que pudieran ameritar avisos a los viajeros, o eventos de emergencias por radiación. Cada país debe hacer un esfuerzo para compartir evaluaciones de riesgo para potenciales situaciones que pudieran afectar al país vecino. En ciertas situaciones, como un evento en ciudades hermanas en la frontera, se podrían establecer mecanismos para compartir estas evaluaciones de riesgo y se podrían llevar a cabo evaluaciones de riesgo conjuntamente cuando sea apropiado.

5.5.2 Comunicaciones

De acuerdo a lo expresado en este documento, el intercambio exitoso de información epidemiológica binacional depende de la constante, oportuna y clara comunicación entre las autoridades de salud pública de México y Estados Unidos. Las fallas en alcanzar lo anterior puede resultar no solo de una respuesta inadecuada para la prevención y control de enfermedades entre las poblaciones de ambos países; sino también de los malentendidos entre funcionarios y la población de ambos países. Los malentendidos pueden minar la confianza mutua y crear una percepción inequitativa de la situación epidemiológica que afecta a los dos países. Por estas razones, es necesario establecer mecanismos claros y protocolos para las comunicaciones en salud pública entre los dos países.

Comunicaciones entre las Agencias o instituciones de salud pública

1. **Fuentes de Información Existentes.** Para facilitar el intercambio de información se recomienda que las agencias deberán consultar y suscribirse a las fuentes de información proporcionada por el otro país (ej. publicaciones, boletines de prensa, Boletín Epidemiológico, Red Alerta en Salud, Epi-X).
2. **Comunicaciones entre las agencias o instituciones de salud pública.** La comunicación directa entre el personal correspondiente de las agencias o instituciones de salud pública con sus contrapartes del país vecino es deseable (ej. entrar en contacto con un miembro conocido del personal en la unidad de sarampión para divulgar un caso de interés binacional). Sin embargo para los casos cuando no conocen al personal, dicho personal no se está disponible, o para emergencias u otros asuntos más amplios de interés común, debe haber un mecanismo pre-establecido (teléfono y correo electrónico de un punto de contacto) que permita que las agencias de los dos países puedan localizar a un punto de contacto a cualquier hora- durante y fuera de horas de funcionamiento normales. En el caso de eventos con casos binacionales, que requieren colaboración continua, las oficinas de comunicaciones de las agencias contrapartes deberán estar en contacto regularmente, intercambiando información relevante y coordinando la liberación de información al público.

Liberación de Información al Público

1. **Coordinación de la Información Pública.** En el supuesto de eventos epidemiológicos binacionales, la información que se dé a conocer debe ser consistente entre ambos países y considerar: el evento, factores de riesgo y medidas preventivas; basada en la mejor evidencia científica disponible del evento en sí, y el patógeno o sustancias implicadas. Idealmente, la población de cada país debe recibir la información de sus autoridades de salud pública, al mismo

tiempo, para evitar la generación de demandas inesperadas a las autoridades sanitarias por la liberación de información unilateral, y así fortalecer la credibilidad del público.

2. **Intercambio de Información con el Público.** En el caso de emergencias binacionales en salud pública, debe intercambiarse copias de la información que está disponible al público por la agencia de salud pública correspondiente a la contraparte del otro país. En circunstancias de la no-emergencia, tal información debe estar disponible a solicitud.
3. **Avisos a Viajeros.** Los avisos a viajeros son definidos por las autoridades sanitarias responsables de proporcionar la información a viajeros, al público, a los prestadores de servicios de salud y a las autoridades de salud pública; respecto a brotes de enfermedad de importancia en salud pública. El carácter de la notificación se basa en cuatro criterios referentes: transmisión de la enfermedad, medidas de control, calidad de la vigilancia, y calidad y accesibilidad de los servicios de atención médica. En el supuesto de este tipo de avisos u otras comunicaciones al público que puedan tener impacto negativo en comercio, la agencia de la contraparte deberá dar aviso previo a la notificación; así como la evidencia que apoya esa decisión para su revisión y, de ser apropiada, su respuesta. El RSI (2005) siempre se debe considerar al tomar estas decisiones.

6. Pasos Siguietes.

La intención de ambos países es que a estas Guías les siga la elaboración de un conjunto de protocolos que guíen la implementación de estas recomendaciones por las agencias o instituciones de salud pública de los dos países. Este proceso debe ser considerado con la participación de las agencias o instituciones de salud pública del mayor nivel del ámbito estatal y federal.

Finalmente, con base en la experiencia acumulada, durante la implementación funcional de estas Guías hasta el día de hoy, parece que éstas evolucionarán a través del tiempo y que las nuevas necesidades se irán identificando conforme vayan surgiendo. En anticipación a esta evolución, un Grupo de Trabajo Técnico Binacional revisará este documento cada año, para determinar su validez permanente y actualizar las Guías según las necesidades. Sin embargo las mismas permanecerán vigentes hasta en tanto no exista un documento de la misma naturaleza que los modifique.

Reconocimientos:

Estas Guías son el producto del Grupo Nuclear de Vigilancia Epidemiológica del Grupo de Trabajo en Salud., la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. La División de Migración Global y Cuarentena, Unidad E.U. –México de los CDC y de la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud de México.

Dra. Celia Alpuche Aranda, Directora General Adjunta del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), *Secretaría de Salud* (SSA), México

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez, Director General Adjunto de Epidemiología (DGE), *Secretaría de Salud* (SSA), México

Dr. Ricardo Cortés Alcalá, Director de la Oficina de Vinculación Interinstitucional, DGE, *Secretaría de Salud* (SSA), México

Jay McAuliffe, Strategy and Innovation Office, Center for Global Health, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services (HHS), United States

Stephen Waterman, Division of Global Migration and Quarantine, National Center for Zoonotic and Emerging Infectious Diseases (NCEZID), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services (HHS), United States

Una versión anterior fue escrita en 2004 bajo la coordinación en México de:

Dr. Pablo Kuri Morales, antes Director General Adjunto de la Dirección General de Epidemiología, *Secretaría de Salud* (SSA), México

Dr. Cuauhtémoc Mancha, antes directivo de la Dirección General de Epidemiología, *Secretaría de Salud* (SSA), México

Las siguientes personas contribuyeron de manera significativa a la redacción y revisión de este documento:

Dra. Norma Luna, Responsable Federal del Proyecto BIDS en la Dirección General de Epidemiología, *Secretaría de Salud* (SSA), México

Dra. Ethel Palacios Zavala, anteriormente directiva, Dirección General de Epidemiología, *Secretaría de Salud* (SSA), México

M. en C. Rita Flores León, Responsable de Enfermedades Emergentes y Bioterrorismo, InDRE, *Secretaría de Salud* (SSA), México

Dr. Rigoberto Aranda, antes de la Dirección General de Comunicación Social, *Secretaría de Salud* (SSA), México

Dr. Miguel Betancourt, antes directivo de la Dirección General de Epidemiología, *Secretaría de Salud* (SSA), México

Chris Braden, Director, Division of Foodborne, Waterborne, and Environmental Diseases, DFWED, NCEZID, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services (HHS), United States

Gil Chavez, Council of State and Territorial Epidemiologists, United States

Joanne Cono, Office of Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services (HHS), United States

Q.A. María Esther Díaz, COFEPRIS, *Secretaría de Salud* (SSA), México

RJ Dutton, Office of Border Health, Texas Department of State Health Services, United States

M B Elvira Espinosa Gutiérrez, COFEPRIS, *Secretaría de Salud* (SSA), México

Jack Guzewish, Center for Food Safety and Applied Nutrition, FDA, HHS

Eva Holland, Office of the General Counsel, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services (HHS), United States

Dr. Luis Anaya, anteriormente directivo de la *Dirección General de Epidemiología*, *Secretaría de Salud* (SSA), México

Richard Kellogg, Division of Bioterrorism Preparedness and Response, NCEZID, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services (HHS), United States

Karl Klontz, Center for Food Safety and Applied Nutrition, FDA, HHS

Jim Misrahi, Office of the General Counsel, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services (HHS), United States

Ellen Morrison, Office of the Commissioner, FDA, HHS

Chris Peter, formerly County of San Diego Department of Health and Human Services

Morris Potter, Center for Food Safety and Applied Nutrition, FDA, HHS

Julie Rawlings, Office of the State Epidemiologist, Texas Department of State Health Services

Alfonso Rodriguez, California Department of Health

Shah Roohi, Division of Global Migration and Quarantine, NCEZID, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services (HHS), United States

Don Sharp, Food Safety Program, NCEZID, CDC, HHS

Dan Stier, Public Health Law Program, CDC, HHS

Rob Tauxe, Deputy Director, DFWED, NCEZID, CDC, HHS

Dr. Ignacio Villaseñor, antes Director General Adjunto del *Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, Secretaría de Salud (SSA)*, México

Michelle Weinberg, Division of Global Migration and Quarantine, NCEZID, CDC, HHS

Chad Wood, formerly Emergency Communication Branch, National Center for Health Marketing, HHS

Maureen Fonseca-Ford, Epidemiologist, Division of Global Migration and Quarantine NCEZID, CDC, HHS

Anexo: Marco Legal de México para la Vigilancia Epidemiológica

1. Constitución Mexicana

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4º, párrafo cuarto.

2. Leyes

Ley General de Salud.

Artículos: 17 bis, 133, fracción II, Capítulo II de “Enfermedades Transmisibles” 134 al 157, 181, 353, 358 359, 360 y 408 y demás relativos a la materia epidemiológica.

Ley Federal para el control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.

D.O.F. 26-XII-1997.

Le d Bioseguridad d Organismos Genéticamente Modificados

D.O.F. 18.III-2005.

Le Aduanera

DOF 15.XII.1995

Le Orgánica d la Administración Pública Federal

DOF 29-XII-1976

Última Reform DO 17-VI-2009

Le Federal d Transparencia Acceso a la Información Pública Gubernamental

DOF 11-VI-2002

Última Reform DO 05-VII-2010

Le General d Protección Civil

DOF 12-V-2000

Última Reform DO 24-IV-2006

Le Federal d Protección d Datos Personales en Posesión d lo Particulares

DOF 05-VII-2010

3. Reglamentos

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.

D.O.F. 18-II-1985.

Fe de Erratas D.O.F. 10-VII-1985.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejido Cadáveres d Sere Humanos.

D.O.F. 20-II-1985.

F d Erratas D.O.F. 09-VII-1985.

Reformas D.O.F. 26-XI-1987.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
D.O.F. 14-V-1986.
Reformas DOF 04-XII-2009

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
D.O.F. 06-I-1987.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos
Productos Servicios.
D.O.F. 18-I-1988.
Reformas DOF 28-XII-2004

Reglamento de Insumos para la Salud
D.O.F. 04-II-1998.
Reformas D.O.F. 05-VIII-2008

Reglamento de Control Sanitario de Productos Servicios.
D.O.F. 09-VIII-1999.
Reformas DOF 06-IV-2006

Reglamento en Materia de Registros, Autorizaciones de Importación y Exportación y Certificados de
Exportación de Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias y Materiales Tóxicos o Peligrosos.
D.O.F. 28-XII-2004.

Reglamento de la Ley Aduanera
DOF 06-VI-1996
Última Reforma DOF 28-10-2003

Reglamento de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados
DOF 19-III-2008
Última Reforma DOF 06-III-2009

Reglamento de la Ley Federal para el control de precursores químicos, productos químicos esenciales y
máquinas para elaborar cápsulas, tabletas y/o comprimidos
DOF 15-IX-1999

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia Acceso a la Información Pública Gubernamental
DOF 11-VI-2003

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
DOF 19-I-2004
Últimas reformas DOF 29-XI-2006, DOF 02-II-2010, DOF 10-I-2011

4. Planes y Programas

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

DOF 31-V-2007

Programa Sectorial de Salud 2007-2012
DOF 17-I-2008

5. Decretos

Decreto que establece las bases de coordinación para las Secretarías de Comercio y Fomento Industrial, de Agricultura y Recursos Hidráulicos, de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, que se deberán observar en relación con los Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas.

D.O.F. 15-X-1987.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación.

D.O.F. 24-I-1991.

Reformas D.O.F. 05-VII-2001.

Decreto por el que se reforma el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, y se abroga el diverso por el que se crea al Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, publicado el 24 de agosto de 1988.

D.O.F. 05-VII.2001.

Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética.

D.O.F. 07-IX-2005.

6. Acuerdos del Ejecutivo

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.

D.O.F. 19-X-1983

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud.

D.O.F. 23-IX-2003

Acuerdo por el que se establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud

DOF 27-I-2009

7. Acuerdos del Secretario

Acuerdo número 43.

Por el que se crea el Comité de Investigación en Salud.

D.O.F. 11-I-1985.

Acuerdo por el que se da a conocer el instructivo para el procedimiento uniforme e integral al que se sujetan las Secretarías de Comercio y Fomento Industrial, de Agricultura y Recursos Hidráulicos, de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, en la resolución de solicitudes de registro para el de autorizaciones en sus modalidades de licencias, permisos y registros para plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas.

D.O.F. 07-XII-1988.

Acuerdo número 130.

Por el que se crea el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.
D.O.F. 06-IX-1995.

Acuerdo que establece la clasificación y codificación de mercancías cuya importación está sujeta a regulación por parte de las dependencias que integran la Comisión Intersecretarial para el Control del Proceso y Uso de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas.

D.O.F. 29-III-2002.

Últimas reformas D.O.F. 01-IV-2005, DOF 26-V-2008, DOF 25-VIII-2010.

Acuerdo por el que se establece la certificación de áreas geográficas que han logrado la eliminación de la transmisión de rabia canina.

D.O.F. 16-III-2004.

Acuerdo por el que se establece la certificación de áreas geográficas que han logrado la eliminación de la transmisión de paludismo.

D.O.F. 16-III-2004.

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Tuberculosis.

D.O.F. 16-III-2004.

Acuerdo por el que se dan a conocer los instructivos y formatos para la autorización de importación y exportación de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias y materiales peligrosos.

D.O.F. 15-XI-2005.

Acuerdo mediante el cual se instruye a todas las instituciones del sistema nacional de salud en sus niveles público, social y privado, de atención médica a que cuando reciban casos probables de influenza de acuerdo con la definición de caso establecida por esta Secretaría de Salud, se notifique de manera inmediata a esta dependencia.

DOF 02-V-2009

Acuerdo que establece la clasificación y codificación de los productos químicos esenciales cuya importación o exportación está sujeta a la presentación de un aviso previo ante la Secretaría de Salud.

DOF 30-VI-2007

Modificación DOF 01-VI-2010

Acuerdo que establece la clasificación y codificación de mercancías y productos cuya importación, exportación, internación o salida está sujeta a regulación sanitaria por parte de la Secretaría de Salud.

DOF 27-IX-2007

Modificación DOF 01-VI-2010

Acuerdo por el que se delega en el Titular del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades las Facultades que se indican.

DOF 14-XII-2006.

8. Disposiciones del Consejo de Salubridad General

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del sistema nacional de salud, deberán comprar medicamentos genéricos intercambiables.

D.O.F. 07-VI-2002.

Edición 2010 del Cuadro Básico Catálogo de Medicamentos.
D.O.F. 13-V-2011.

sus consecuentes actualizaciones publicadas en el DOF.

Cuadro Básico y Catálogo de Biológicos y Reactivos del Sector Salud 1997.
D.O.F. 29-IX-1997.

sus consecuentes actualizaciones publicadas en el DOF.

Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables
D.O.F. 17-VIII-1998.

sus consecuentes actualizaciones publicadas en el DOF.

Acuerdo por el que se establece la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida.

D.O.F. 23-X-2003.

Edición 2010 del Cuadro Básico Catálogo de Auxiliares de Diagnóstico.

D.O.F. 09-V-2011.

sus consecuentes actualizaciones publicadas en el DOF.

Acuerdo por el que se establece la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos.

D.O.F. 28-IV-2004.

Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas.

D.O.F. 01-XI-2004.

Acuerdo por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/SIDA en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

D.O.F. 12-XI-2004.

9. Normas Oficiales Mexicanas

Se incorporan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con el objeto de estas Guías que han sido emitidas hasta la fecha, para efectos de referencia de las mismas.

A) Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario. SSA1.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

D.O.F. 18-VII-1994.

Fe de Erratas D.O.F. 23-II-1996.

Aclaración D.O.F. 08-IX-1994.3

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA1-1993, Salud Ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiental con respecto al ozono (O₃). Valor normado para la concentración de ozono (O₃) en el aire ambiente como medida de protección a la salud de la población, para quedar como Norma

Oficial Mexicana NOM-020-SSA1-1993, Salud Ambiental. Criterio para evaluar el valor límite permisible para la concentración de ozono (O3), de la calidad del aire ambiente. Criterio para evaluar la calidad del aire.

D.O.F. 30-X-2002.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA1-2010, Salud Ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al bióxido de azufre (SO2). Valor normado para la concentración de bióxido de azufre (SO2) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población.

D.O.F. 08-IX-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-59-SSA1-2006, Buenas prácticas de fabricación para establecimientos de la industria químico farmacéutica dedicados a la fabricación de medicamentos (Modifica a la NOM-059-SSA1-1993, publicada el 31 de Julio 1998).

D.O.F. 22-XII-2008.

Aclaración D.O.F. 01-II-1999.

Norma Oficial Mexicana NOM-115-SSA1-1994, Bienes y Servicios. Método para la determinación de staphylococcus aureus en alimentos.

D.O.F. 25-IX-1995.

NORMA Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

D.O.F. 30-IX-1999.

Resolución que modifica la NOM 22-VIII-2003

Norma Oficial Mexicana NOM-199-SSA1-2000, Salud ambiental. Niveles de plomo en sangre y acciones como criterios para proteger la salud de la población expuesta no ocupacionalmente.

D.O.F. 18-X-2002.

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2002, Instalación y operación de la farmacovigilancia.

D.O.F. 15-XI-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-230-SSA1-2002 Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que deben cumplir en los sistemas de abastecimientos públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.

D.O.F. 12-VII-2005.

B) Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993 para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

D.O.F. 26-I-1995.

Modificación D.O.F. 31-X-2000.

Modificación D.O.F. 27-IX-2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

D.O.F. 17-I-1995.

Modificación a la Norma D.O.F. 21-VI-2000.

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-1993, para la prevención y control de la rabia.
D.O.F. 25-I-1995.
Modificación D.O.F. 24-I-2001.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-1994, para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
D.O.F. 05-X-2000.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.
D.O.F. 11-X-1999.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, para la prevención y control del complejo teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica, para quedar como NOM-021-SSA2-1994, para la prevención y control del binomio teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica
D.O.F. 21-V-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-1994, para la prevención y control de la brucelosis en el hombre en el primer nivel de atención.
D.O.F. 30-XI-95.
Modificación D.O.F. 02-II-2001.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, para la prevención, control y eliminación de la lepra.
D.O.F. 31-VIII-2009

Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.
D.O.F. 02-II-2001.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.
D.O.F. 01-VI-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.
D.O.F. 17-VII-2003. Aclaración D.O.F. 20-I-2004.
Resolución por la que se modifica la NOM-036-SSA2-2002.
D.O.F. 11-V-2005.
Segunda resolución por la que se modifica la NOM-036-SSA2-2002
D.O.F. 26-IV-2007.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
D.O.F. 19-IX-2003.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
D.O.F. 09-VI-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-042-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina.
DOF 06-XI-2008

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
DOF 20-XI-2009

10. Otros ordenamientos jurídicos

Criterios para la certificación de áreas geográficas que han logrado la eliminación de la transmisión de la rabia canina.
D.O.F. 19-VIII-2005.

Criterios para la certificación de áreas geográficas que han logrado la eliminación de la transmisión del paludismo.
D.O.F. 10-IV-2006.

Reglas de carácter general en materia de comercio exterior para 2011.
DOF 29-VII-2011

11. Disposiciones Internacionales

Decreto por el que se aprueba la Convención sobre la Prohibición del Desarrollo, la Producción y el Almacenamiento de Armas Bacteriológicas (Biológicas) y Toxínicas y sobre su Destrucción; aprobado durante el XVI periodo ordinario de sesiones durante la Asamblea General de la ONU.
D.O.F. 04-IV-1973.

Decreto de promulgación de la Convención de la Prohibición del Desarrollo, la Producción, el Almacenamiento y Empleo de Armas Químicas sobre su Destrucción.
D.O.F. 05-X-1994.

Decreto por el que se aprueba el Protocolo de Cartagena sobre la Seguridad de la Biotecnología del Convenio sobre la Diversidad Biológica, adoptado en Montreal, el veintinueve de enero de dos mil.
D.O.F. 01-VII-2002.

Los ordenamientos antes enlistados sirven de marco jurídico referencial, ya que se pueden ir actualizando, modificando o dejando sin efectos en el transcurso del tiempo, por lo que se entenderán aplicables las disposiciones vigentes al momento de la aplicación de estas Guías.