

Los Tres Amigos

2ª CUMBRE ANUAL FRONTERIZA PARA LA PREPARACIÓN DE EMERGENCIAS

INFORME DE LA CUMBRE

22 Y 23 DE JUNIO DE 2006



**Coordinando la respuesta a emergencias de salud pública, especialmente la
pandemia de la influenza, en la región fronteriza de
Chihuahua, Nuevo México y Texas**

TRADUCCIÓN A CARGO DEL DR. HUGO VILCHIS,
DIRECTOR DEL CENTRO FRONTERIZO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL (BEC)
DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE NUEVO MÉXICO

SEGUNDA CUMBRE ANUAL FRONTERIZA PARA LA PREPARACIÓN DE EMERGENCIAS
INFORME DE LA CUMBRE
Los Tres Amigos

Jueves - 22 de junio de 2006

Bienvenida

La Sra. Tres Schnell, Directora de la Oficina de Gestión de Emergencias de Salud (OHEM, por sus siglas en inglés) dependiente del Departamento de Salud de Nuevo México (NMDOH, por sus siglas en inglés) dirigió, a nombre de la Secretaria Michelle Lujan Grisham, palabras de bienvenida a todos los participantes. Ella – expuso la Sra. Schnell- agradece de antemano a los asistentes por su participación y hace notar el gran honor que ostenta el NMDOH al patrocinar en esta clase de evento. Reconoció la colaboración de representantes de los tres estados fronterizos – Nuevo México, Texas y Chihuahua y destacó la gran oportunidad de trabajar en conjunto en la programación y logística de la Cumbre.

Comentarios de apertura

Marjolaine Greentree, Directora de la Oficina Estatal de Emergencias dependiente del Departamento de Seguridad Pública de Nuevo México, expuso la importancia de trabajar interestatalmente a pesar de las fronteras. Aplaudió la creciente colaboración entre Texas y Nuevo México y relacionó esta colaboración a su experiencia con la Cruz Roja Internacional.

Arthur Alvarado, Epidemiólogo del Departamento de Servicios de Salud de Texas (DSHS, por sus siglas en inglés), vocero del Dr. Luís Escobedo y del Departamento, agradeció a Nuevo México por patrocinar la Cumbre. Subrayó los retos distintivos y específicos de la zona fronteriza sobre la preparación de planes de contingencia para emergencias de las diversas localidades y la diversidad de planes de respuesta, entre otros temas. Destacó que su Departamento esta de acuerdo con la colaboración y están dispuestos a trabajar conjuntamente con Nuevo México y Chihuahua.

El Dr. Jorge Magaña, Director de Salud y Medioambiente de la ciudad y el condado de El Paso presentó el concepto de ***Los Tres Amigos*** – Ciudad Juárez, El Paso y Las Cruces (Chihuahua, Texas y Nuevo México). El Dr. Magaña destacó la posibilidad de que esta región sea la única en el mundo donde representantes de tres estados y dos países se reúnen frecuentemente para encontrar soluciones a problemas compartidos de salud pública. Explicó que los estados se enfrentarán a un enemigo común – la pandemia de influenza – pero no se sabe cómo o cuándo afectará la frontera. El Dr. Magaña subrayó que el propósito principal de la Cumbre es coordinar planes de combate frente a este enemigo común. A pesar de que mucho se ha hecho y que existen grandes posibilidades de tener la capacidad para retrasar la pandemia de la influenza, es necesario mantenerse alerta. Estos planes se deben extender más allá del área de la salud y la medicina y deben considerar el impacto de la pandemia de influenza sobre la economía, las escuelas y las morgues. El Dr. Magaña concluyó diciendo que en conjunto, ***Los Tres Amigos*** pueden lograr considerables triunfos al respecto. La audiencia gustosamente convencida aceptó abanderar este proyecto - ***Los Tres Amigos*** – y continuar con el durante toda la Cumbre.

El Dr. Héctor Puertas, Director de los Servicios de Salud de Ciudad Juárez, Chihuahua, agradeció a los coordinadores de la cumbre la invitación y por el liderazgo para prepararse con anticipación. Servicios de Salud de Ciudad Juárez ha diseñado un plan que compartirá con ***Los Tres Amigos*** para estar mejor preparados para enfrentar este problema común.

Descripción de la Cumbre

Anne Pascarelli Barraza, Gerente del Programa de Alcance Poblacional de OHEM, agradeció a los organizadores y presentó una descripción de la cumbre y sus principales metas. La Sra. Barraza explicó que los organizadores de la cumbre seleccionaron cinco prioridades clave reflexionando en el peso específico de cada área, las cuales fueron: aumento de la capacidad para manejo de brotes y profilaxis masiva; aislamiento y cuarentena; manejo de la mortalidad masiva; vigilancia epidemiológica; y, servicios médicos de emergencia. Los materiales sobre otros temas fueron proporcionados en paquetes a los participantes. La Sra. Barraza afirmó que la Cumbre establecerá un marco colaborador para el diálogo y la planificación.

Revisión de los Planes Nacionales de Respuesta Contra la Influenza Pandémica

México

El Dr. Gumaro Barrios, Subdirector de Epidemiología del Estado de Chihuahua, dio la bienvenida a los participantes en representación del Dr. Javier Lozano, titular de los Servicios de Salud del Estado de Chihuahua y presentó una descripción de la pandemia de influenza, incluyendo el estado actual de la gripe aviar y su impacto en otros países. Además, mostró información sobre las pandemias anteriores y explicó que si esta amenaza ocurre pudiera afectar entre el 10% y el 25% de la población en México.

El Dr. Barrios presentó el Plan Nacional de Preparación y Respuesta contra la Influenza Pandémica (“Plan México”). Las metas del Plan México, el cual sigue los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), son proteger a la población, responder de manera inmediata y limitar la mortalidad. Los componentes del Plan Nacional de Preparación y Respuesta contra la Influenza Pandémica, son los siguientes:

1. Comunicación social, incluyendo:
 - Participación de medios masivos de comunicación
 - Responsabilidad individual y colectiva
 - Sensibilización de grupos específicos
 - Capacitación de personal en lugares estratégicos (por ejemplo, aeropuertos, puertos, fronteras, centros turísticos).
2. Coordinación – herramienta fundamental en todos los niveles: local, estatal, regional, federal e internacional, y específicamente entre nuestros tres estados.
3. Epidemiología – El reconocimiento oportuno del agente causal es crítico e incluye el entrenamiento del personal de salud, el monitoreo continuo, el incremento en la capacidad de laboratorio y el establecer acuerdos de cooperación entre Texas, Chihuahua y Nuevo México.
4. Prevención – Es necesario desarrollar vacunas, entender cómo esta enfermedad progresa en las aves y en los humanos y desarrollar estrategias para prevenir su contagiosidad.
5. Estrategias para el auto-cuidado – Incluyen reducción de contacto social, limitación del movimiento poblacional y educación sobre higiene personal.
6. Atención Médica – con énfasis en la capacitación del personal de salud, especialmente en la identificación de los que no están enfermos y que pueden ir a casa.

7. Reservas estratégicas de medicamentos y otros insumos – Las reservas estratégicas aun no están disponibles, sin embargo el gobierno mexicano esta buscando una solución y negociando acuerdos con empresas farmacéuticas.
8. Investigación y desarrollo – Dirigidos a producción de antivirales, desarrollo de nuevas técnicas para la producción de vacunas y tratamientos alternativos.

El Dr. Barrios describió los desafíos en México, incluyendo la operacionalización del Plan México a nivel estatal y local, y la implementación de acciones para probar la capacidad de respuesta. El Plan México ha sido distribuido a todos los estados para asistirles en el desarrollo de sus programas estatales y apoyar su capacidad para enfrentar la amenaza.

Para más información, visita: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/pandemia/pandemia.htm>

Contacto: Dr. Gumaro Barrios Gallegos
Subdirector de Epidemiología
Servicios de Salud de Chihuahua
bgumaro@hotmail.com

Estados Unidos

Todd Wilson, Oficial a cargo de la Estación de Cuarentena de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en Inglés) en El Paso, Texas, describió el Plan Contra la Influenza Pandémica del Departamento de Salud de los Estados Unidos (DSEU). El Sr. Wilson explicó que la influenza estacional causa de 250,000 a 500,000 muertes en el mundo cada año, con 36,000 muertes y más de 200,000 hospitalizaciones en los Estados Unidos. Explicó que la influenza pandémica es diferente de la gripe estaciona, compartió consideraciones específicas sobre la pandemia y explicó como la cepa se está modificando. Una preocupación es que El Paso, Las Cruces y Chihuahua están en las corrientes migratorias de aves que se originan en el Sureste de Asia. Otras consideraciones incluyen la posibilidad de un rápido contagio global, las altas tasas potenciales de infección, elevadas morbilidad y mortalidad, falta de vacunas y medicamentos antivirales disponibles, incremento en la carga de trabajo en hospitales y centros de salud, así como la interrupción de servicios públicos.

También explicó que el DSEU se está enfocando en prácticas locales para limitar del contacto cercano entre humanos y aves de corral y manejar adecuadamente sus desechos. El informe más reciente del CDC sobre la situación de la gripe aviar indica los siguiente: un predominante contagio masivo por influenza en aves migratorias; 51 países con brotes continuos en aves domésticas; evidencia de infección en mamíferos; evolución del virus; y casos en humanos con transmisión esporádica de humano a humano.

El plan del DSEU apoya las Estrategias Nacionales contra la Influenza Pandémica, delinea la planificación y preparación bajo diversos postulados y doctrinas así como la capacidad de respuesta del Sector Salud, ofreciendo una guía de salud pública para las instituciones estatales y locales que incluye 11 suplementos con guías detalladas en varias áreas.

Los postulados del plan del DSEU son:

- La contención es improbable. La influenza pandémica se propagará de Asia a Estados Unidos en 1-2 meses. Podría ser posible demorar la propagación de 1-4 semanas estableciendo severas restricciones en los viajes.

- El periodo de incubación es de 1-4 días (aunque puede ser de hasta 10 días). Los casos pueden ser infecciosos antes de ser sintomáticos y mantenerse infecciosos por ± 10 días.
- En promedio, cada persona transmitirá la influenza a otros dos individuos.
- Un brote puede durar de 6-8 semanas e incluir múltiples ondas epidémicas.
- El ausentismo puede llegar al 40%.
- Medidas de contención (i.e., vacunas) probablemente no estarán disponibles durante las dos primeras ondas epidémicas.
- Cincuenta por ciento o más de los que enfermen buscarán atención médica. El número de hospitalizaciones y muertes dependerá de la virulencia del virus.

La doctrina primaria de Plan del DSEU es salvar vidas, con el supuesto que una amenaza en alguna parte del mundo es una amenaza para todo el mundo. La intención es “apagar” los primeros brotes por medio de su detección y contención en donde emerja el virus. Esto requerirá:

- Colaboración internacional.
- Detección y respuesta oportuna en el sitio de ocurrencia y confirmación rápida de laboratorio.
- Aislamiento y cuarentena (el Sr. Wilson destacó que hay 317 puertos internacionales de entrada en los Estados Unidos y sólo 18 estaciones de cuarentena del CDC incluyendo la que se encuentra en el Paso).
- Distanciamiento social y otras medidas para de auto-cuidado
- Prevención y demora en la introducción del virus a los Estados Unidos basado en el enfoque de “una contención”. Es improbable que las fronteras internacionales se cierren, aunque probablemente habrá avisos para viajeros y tamizajes para viajeros que entren o salgan del país.

Intervenciones sin medicamentos podrían ser utilizadas para disminuir la cresta del brote pero no para disminuir su duración. No hay datos que demuestren la efectividad del uso de cubrebocas en la comunidad, por lo tanto su uso no es recomendable en este momento.

El Plan incluye mitigación comunitaria por medio de la “Contención por Etapas” (TLC, por sus siglas en inglés):

- Aislamiento domiciliario para enfermos que no requieren hospitalización
- Cuarentena voluntaria en casa para contactos domiciliarios
- Medidas de distanciamiento social
 - El cierre de escuelas y el mantenimiento de los menores dentro de sus casas puede tener un profundo impacto en la propagación de la enfermedad
 - Planes para la operación continua de los centros laborales (COOP, por sus siglas en inglés), que contempla dar tiempo libre a discreción para los empleados o el cierre del centro laboral
 - Limitar o suspender los eventos públicos
- Medidas personales de control de infecciones
 - Higiene de manos y cubrirse la boca al toser
 - Uso de cubrebocas por las personas enfermas
- Desinfección de superficies contaminadas
- Antivirales para tratamiento y profilaxis específica

El Plan del DSEU también enfatiza la alianza de los ámbitos locales, estatales, federales, internacionales, multisectoriales, públicos y privados.

El Sr. Wilson concluyó presentando lo que cada individuo puede hacer para:

- Disminuir la transmisión de la influenza y las infecciones respiratorias
 - Evitar contacto cercano con gente enferma
 - Quedarse en casa cuando se encuentre enfermo
 - Cubrirse boca y nariz con pañuelo al toser o estornudar
 - Lavarse las manos
 - Evitar tocarse ojos, nariz y boca
- Disminuir la transmisión de la influenza aviar
 - Evitar el contacto con aves y pollos muertos o enfermos
- Disminuir la transmisión de la influenza humana
 - Cumplimiento de las instrucciones de vacunación, si se le indican.
- Más información sobre preparación personal y familiar esta disponible en: www.ready.gov

Para más información: www.cdc.gov; www.pandemicflu.gov; y www.ready.gov.

Contacto: Todd Wilson

Oficial a cargo

CDC Estación de Cuarentena en El Paso

twilson@cdc.gov

Actividades de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (CSFMU)

El Dr. Salvador Gómez, Coordinador del Proyecto para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Infecciosas para la Alerta Temprana (EWIDS, por sus siglas en inglés) por la Sección México de la Comisión, presentó una actualización de las actividades y logros del programa. El Dr. Gómez subrayó que el primer paso para estar preparado contra la pandemia de la influenza es el diagnóstico. México, los Estados Unidos y Canadá participan en la Alianza para la Seguridad y la Prosperidad de América del Norte (ASPAN), la agenda incluye un enfoque continental para la preparación de emergencia ante casos de desastre tanto naturales como intencionales en Norteamérica. Hay un Grupo de Trabajo de Salud en la ASPAN enfocado a compartir recursos humanos y materiales a través de las fronteras, vigilancia de enfermedades infecciosas en la frontera y prevención y control de enfermedades como la influenza. Además, los Estados Unidos y México están trabajando conjuntamente en protocolos para la transportación de muestras y la ASPAN pretende expandir el uso de protocolos estandarizados. Una sección del Plan México se refiere del incremento de la capacidad de laboratorio y del sistema de identificación y notificación estandarizado, incluyendo virología veterinaria y epidemiológica. Actualmente existe un protocolo establecido por medio de EWIDS para el diagnóstico y la detección oportunos de la influenza.

Contacto: Dr. Salvador Gómez

Coordinador, EWIDS, Sección México, Comisión Fronteriza de Salud México-Estados Unidos

sgomez@borderhealth.org

Página electrónica de la CSFMU: www.borderhealth.org

Descripción del Plan Estatal contra la Influenza Pandémica

Nuevo México

Anne Pascarelli Barraza, Gerente del Programa de Alcance Poblacional de la Oficina de Gestión para Emergencias de Salud de Nuevo México presentó el Plan de Nuevo México. Ella explicó que el Plan Nuevo México es esencialmente un plan de *respuesta* que sigue los tópicos de capacidad de respuesta del Plan del DSEU. El Plan Nuevo México se basa en las fases de la influenza pandémica de la OMS: fase interpandémica (la actual), fase de alerta de pandemia y fase pandémica.

La Sra. Barraza explicó que Nuevo México está en el proceso de desarrollar varios anexos que ampliarán el Plan Básico de Respuesta, incluyendo una guía ética, una de medidas para el cuidado personal, un plan de respuesta psicosocial y una descripción del Sistema Médico de Emergencia Modular de Nuevo México (NM-MEMS, por sus siglas en inglés). Explicó que el prototipo del Sistema MEMS fue creado en 1996 por el Departamento de Defensa federal y otras agencias federales de los Estados Unidos incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos. El propósito fue crear un modelo de respuesta para eventos con armas biológicas y químicas por medio de un sistema de atención a la salud flexible con funciones modulares. Nuevo México ha adoptado este modelo para todas las emergencias de Salud Pública. También comentó que aun hay varias áreas que se tienen que revisar, incluyendo la legal (interestatal, multiestatal e internacional), la mortalidad a gran escala y los requerimientos de aplicación del Plan del DSEU en los estados.

La Sra. Barraza comentó sobre la activación del Comando Unificado para la Planificación contra la Influenza Pandémica en Nuevo México. El Comando Unificado se estableció en febrero de 2006 e incluye a la Oficina de Manejo de Emergencias de Nuevo México (OEM), al Departamento de Salud de Nuevo México (NMDOH), a la Asociación de Gerentes de Emergencias de Nuevo México (NMEMA), los Servicios de Salud para los Indios (IHS), y los gerentes de emergencia de las tribus. El Comando Unificado está en su segundo período operacional. El Comando Unificado ha permitido la institucionalización en Nuevo México de los principios del Sistema de Comando de Incidentes (ICS) para organizar y monitorear sus objetivos, tareas y resultados.

De los fondos suplementarios del CDC para la Influenza Pandémica, Nuevo México asignó recursos a sus 33 condados, a la ciudad de Albuquerque, y las 22 tribus indígenas para apoyar la planificación a nivel local contra la pandemia de la influenza. Este financiamiento permitirá a los encargados de emergencias elaborar sus planes y realizar prácticas en sus comunidades, incluyendo ejercicios en la localidad y en hospitales.

Para más información sobre el Plan de Nuevo México e información adicional sobre los esfuerzos para la prevención de emergencias visite: <http://health.state.nm.us/ohem>.

Contacto: Anne P. Barraza
Gerente del Programa de Alcance Poblacional
Oficina de Gestión para Emergencias de Salud
Departamento de Salud de Nuevo México
Anne.pascarelli@state.nm.us

Texas

La Dra. Cynthia Morgan, Coordinadora del Programa contra la Influenza Pandémica del Departamento de Servicios de Salud de Texas (DSHS) explicó que el departamento cuenta con 11 regiones de salud y 64 oficinas de salud locales, las cuales son relativamente autónomas. Los fondos suplementarios del CDC son distribuidos a las regiones con base en tarifas estandarizadas por condado.

En enero de 2004, Texas se convirtió en uno de los 11 estados que completó y publicó un borrador del Plan contra la Influenza Pandémica. El Plan fue revisado el mismo año, para incluir las nuevas guías publicadas por el DSEU. El Plan del DSEU es un apéndice del Plan Estatal. El Plan de Texas sigue las fases de alerta de OMS e incluye secciones sobre Planificación y Coordinación; Evaluación y Monitoreo Situacional, Prevención y Confinamiento; Respuesta del Sistema de Salud, y Comunicación. Los apéndices incluyen tópicos importantes como: estrategias de protección personal, cuidados en el hogar, intervenciones comunitarias de Salud Pública, listas de vacunas y antivirales prioritarios, manejo de cadáveres, y prevención y control en escuelas.

El DSHS también creó una Guía Operativa sobre la Influenza Pandémica (PIPOG, por sus siglas en inglés) y eventualmente escribirá una versión corta del Plan más orientada a la respuesta oportuna. La PIPOG fue desarrollada mediante una amplia participación de los organismos interesados y ha sido analizada por muchos profesionales, especialmente en términos de tres poblaciones prioritarias: grupos étnicos, gente con discapacidades y poblaciones rurales. La PIPOG describe en detalle las expectativas tanto para las regiones de salud en Texas como para los Departamentos de Salud locales. La PIPOG sigue los lineamientos del Sistema de Comando de Incidentes e incluye:

- Medicamentos antivirales: uso, dosificación y costos comparativos
- Estrategias de protección personal
- Cuidados domiciliarios para pacientes con influenza
- Intervenciones de Salud Pública a nivel de la población
- Red de respuesta de laboratorios
- Vacunas y antivirales prioritarios del DSHS
- Compra, asignación y distribución de vacunas y antivirales
- Disponibilidad e inventario de antivirales
- Vacuna contra el neumococo
- Formatos reglamentarios para delegación de órdenes
- Manejo de cadáveres ante una situación de mortalidad masiva
- Control y prevención escolar: Guía Interina
- Especialistas de enfermedades infecciosas y expertos en influenza
- Algoritmo para determinación de riesgo de influenza aviar altamente patogénica
- Vigilancia y notificación
- Formatos de asignación de vacunas y antivirales para su seguimiento

Texas patrocinó una cumbre sobre la influenza pandémica para la planificación de la continuidad de operación de las egresas que incluyó escuelas, organizaciones religiosas, organizaciones de

base comunitaria y el Sector Salud. En el futuro, Texas se enfocará en varios temas, entre ellos la priorización y compra de antivirales.

Contacto: Dra. Cynthia Morgan (Enfermera titulada).
Coordinadora del Programa contra la Influenza Pandémica
Departamento Estatal de Servicios de Salud, Texas.

Cynthia.morgan@dshs.state.tx.us

Sitio Web: <http://www.dshs.state.tx.us/idcu/disease/influenza/pandemic/>

Áreas Temáticas de los Grupos de Trabajo

1. Incremento de la Capacidad para Manejar la Demanda de Médicos y Profilaxis Masiva

Dra. Mary Ann Shaening, Presidente de Shaening & Associates, Inc. y consultora del Departamento de Salud de Nuevo México

La Dra. Shaening explicó que este Grupo de Trabajo deberá responder a la necesidad de un plan gerencial para la demanda médica incluyendo un incremento en la demanda de hospitalizaciones y el incremento de defunciones. Subrayó que muchos recursos médicos y de servicios de salud tienen que ser coordinados a lo largo de la frontera, incluyendo la coordinación de actividades de profilaxis masiva. El trabajo estará basado en varias suposiciones clave:

- La pandemia de la influenza afectará a un gran número de gente y cruzará fronteras nacionales e internacionales –la demanda de hospitalizaciones en el área de **Los Tres Amigos** será por lo menos de 10,000 pacientes*; el número de muertes llegará al menos a 2,000.*
- Las demanda médica y de salud pública puede rápidamente sobrecargar al sistema y habrá escasez de medicinas, equipo, personal y otros recursos de atención a la salud.
- Los hospitales, en colaboración con otros proveedores de salud, tendrán que ser los puntos focales para cubrir la demanda médica. Deben considerarse otras áreas alternativas para el cuidado de pacientes hospitalarios y ambulatorios, así como la transportación de pacientes.
- La coordinación con las oficinas locales de emergencia, también es un asunto de extrema prioridad.

La Dra. Shaening explicó que es necesario adquirir la mayor capacidad posible para manejar una gran cantidad de enfermos que requieran atención médica. Presentó las siguientes definiciones, aceptadas en general, como guías para el grupo de trabajo:

- Demanda médica es evento complejo o masivo que crea una demanda que excede la capacidad de la infraestructura médica en la comunidad afectada.
- Capacidad de demanda es la habilidad de reaccionar a una cantidad excesiva de pacientes. Esto es más que la simple necesidad de camas y requiere la identificación de recursos, la movilización de recursos y la administración de estos recursos.
- Aptitud de demanda es la habilidad de solucionar necesidades médicas inusuales o muy especializadas. Es también, la habilidad de intervenir para proteger al personal del Sector Salud, a los pacientes y la integridad de los centros médicos.

La Dra. Shaening presentó el Sistema de Administración de Capacidad y Aptitud de Demanda Médica (MSCC, por sus siglas en inglés) desarrollado por el DSEU y la Corporación CNA, como marco para organizar un sistema de administración operable.** El Sistema de Administración MSCC esta basado en el Sistema de Comando de Incidentes y se describe la coordinación de respuesta en seis niveles:

Nivel 1: Centro médico individual

- Sirve como un sitio primario para evaluación y tratamiento médico.
- Incluye hospitales, sistemas médicos integrados, clínicas, centros de salud alternativa, consultorios privados, asilos con servicios médicos, hospicios, centros de rehabilitación, centros psiquiátricos y de trastornos mentales y Servicios Médicos de Emergencia.
- Se requieren un Plan de Operación de Emergencia en cada centro.

Nivel 2: Coalición de prestadores de servicios de salud

- Forma una entidad funcional única de centros médicos y otras instalaciones y servicios de salud que mejoran la capacidad y la amplitud de la demanda en un área geográfica determinada.
- Coordina las acciones de prevención, preparación, respuesta y recuperación de los prestadores de salud.
- Facilita apoyo y soporte mutuo.
- Sirve como una plataforma unificada de información médica para las autoridades jurisdiccionales.

Nivel 3: Jurisdicción

- Permite la integración de los centros de salud con los servicios médicos de emergencia, bomberos, policía, salud pública, servicios públicos y otras agencias de respuesta oportuna.
- Proporciona la estructura y el soporte necesarios para integrar y utilizar otras instalaciones y servicios de salud.
- Dirige la información de las coaliciones de prestadores de servicios de salud para la planificación y la toma de decisiones.
- Vincula los recursos médicos locales con apoyos estatales y federales.

Nivel 4: Estatal

- Identifica agencias estatales responsables del manejo de emergencias, de salud pública y de protección civil.
- Supervisa aquellas situaciones cuando el estado es considerado como la autoridad rectora para el manejo del incidente.
- Supervisa y coordina aquellas situaciones donde el incidente involucra varias jurisdicciones.

Nivel 5: Interestatal

- Colabora y maneja las actividades de planificación y respuesta cuando el incidente involucra varios estados.
- Asegura que cada Estado sea responsable de la seguridad y el bienestar de sus ciudadanos.
- Permite en emergencias o desastres, que los Estados compartan información y recursos para una respuesta coordinada.

Nivel 6: Federal

- Ofrece las instalaciones y recursos médicos y de salud de nivel Federal.
- Organiza acciones de respuesta ante desastres o emergencias médicas y de salud, siempre que se declaren federalmente.
- Coordina a través del DSEU la asistencia de los servicios médicos y de Salud Pública federales para la respuesta Estatal, Tribal o Jurisdiccional.

En la frontera internacional, puede ser necesario considerar un séptimo nivel que maneje la coordinación binacional y la gestión de las actividades de planificación y respuesta.

La Dra. Shaening presentó el Sistema Modular para Servicios Médicos de Emergencia de Nuevo México (NM-MEMS) como una opción para la gestión de la demanda médica. El NM-MEMS fue desarrollado adaptando el modelo MEMS*** como respuesta a todos los peligros y todas las eventualidades.

NM-MEMS:

- Enfoca el incremento de la capacidad de la demanda médica de los hospitales existentes mediante el desarrollo de áreas alternativas para el cuidado de pacientes hospitalarios y ambulatorios.
- Enfoca la movilización comunitaria e incluye las necesidades sicosociales y la capacidad de recuperación de la comunidad.
- Se enfoca en personas con discapacidades y otras poblaciones con necesidades especiales.
- Describe la planificación de la comunicación social y la comunicación de riesgos, incluyendo acciones de auto-cuidado.
- Describe el papel de los servicios médicos primarios, de los hospitales, de los servicios de larga estadía, de los hogares y los servicios médicos de emergencia.
- Incluye el manejo de cadáveres.
- Incorpora guías para las regulaciones sobre los cuidados (actualmente referido como “cuidado eficaz”)

Los once componentes del NM-MEMS son:

- Área(s) alternativa(s) para pacientes hospitalarios
- Área(s) alternativa(s) para pacientes ambulatorios
- Protocolos sobre flujo de pacientes
- Puntos de distribución (PODs)
- Capacidad para cuarentena y aislamiento
- Redes de alcance comunitario
- Redes sico-sociales
- Sistema de transporte
- Plan de mortalidad masiva
- Comunicación social y comunicación de riesgos
- Comando y control médico

El modelo NM-MEMS incluye el rol de responsabilidades del Departamento de Salud de Nuevo México, así como las guías de planificación para cada servicio.

Más información sobre el modelo y las guías del NM-MEMS, además de otros materiales pueden encontrarse en el Libro informativo de Nuevo México preparado para la planificación local contra las pandemias: <http://health.state.nm.us/ohem>.

Contacto: Michael Richards, M.D.
Centro Médico para Desastres
Universidad de Nuevo México
Escuela de Medicina
mrichards@salud.unm.edu.

* Estas cifras se derivan de Flu Aid 2.0 y FluSurge, software del CDC que modela el impacto de la influenza pandémica en una comunidad.

** CNAC Manual sobre Capacidad y Aptitud de la Demanda Médica
<http://www.cna.org/domestic/healthcare/studies.aspx>

*** Sistema Modular Médico de Emergencias
http://accem.org/pdf/mems_copper_book_pdf

2. Aislamiento y Cuarentena

Kenneth Gonzales, Oficina del Procurador Federal, Las Cruces, NM

El Sr. González explicó que el Presidente ha solicitado a los procuradores federales se involucren en los esfuerzos antiterroristas a nivel local. Esta solicitud encaja perfectamente con la respuesta a nivel comunitario que es el énfasis de esta Cumbre. Hay cuatro puntos clave de discusión para este Grupo de Trabajo:

- Autoridad gubernamental para ordenar la cuarentena: el Gobierno Federal de Estados Unidos tiene la autoridad para aislar (separación física por razones médicas de personas expuestas) o cuarentenar (separación física de personas que pudieran haber estado expuestas) bajo las leyes de comercio existentes (interestatal y viajes al extranjero). Los gobiernos estatales tienen autoridad más amplia ante emergencias de salud pública, incluyendo autoridad para ordenar medidas de cuarentena y aislamiento. Por ejemplo, tanto Nuevo México como Texas tienen leyes vigentes que especifican la delegación de autoridad y la toma de decisiones.
- Libertades individuales: sin duda es un reto en el caso de una emergencia de Salud Pública, el balancear el importante interés gubernamental de proteger la salud de la población mediante la disminución o suspensión de la transmisión de una enfermedad y el derecho de cada individuo de trasladarse y viajar libremente. Este asunto es abordado en la regulación federal que se discute a continuación.
- Asuntos jurisdiccionales: existen potenciales asuntos jurisdiccionales entre gobiernos federales, estatales y locales. En la zona fronteriza de Estados Unidos y México existen retos jurisdiccionales entre los estados fronterizos y los dos países, porque cuentan con diferentes leyes, autoridades y regulaciones.
- Anuncio de la regulación propuesta: la nueva regulación propuesta referente al control de enfermedades transmisibles* fue anunciada en el Registro Federal de noviembre de 2005. La regulación otorga autoridad muy específica en cuanto a la propagación de una lista finita de enfermedades transmisibles, a las autoridades federales para detener

individuos con enfermedades contagiosas. (por ejemplo, si un avión llega con un pasajero a bordo del cual se sospecha tenga una enfermedad contagiosa, se tiene la autoridad para mantener a todos los pasajeros en el avión bajo cuarentena. La regulación propuesta requiere la notificación a los oficiales de Salud una hora antes del aterrizaje). Aunque se espera un amplio cumplimiento voluntario, se anticipa también cierto incumplimiento. Las Leyes, tanto Federales como Estatales, estipulan penalidades criminales por incumplimiento de las órdenes de cuarentena y aislamiento.

El Sr. Gonzáles comentó que la colaboración es crítica en estas cuatro áreas. Se requiere colaboración para manejar los problemas por adelantado y evitar posibles litigios. Las lecciones aprendidas de otros desastres deben servir de ejemplo, incluyendo la necesidad de:

- líneas abiertas de comunicación;
- medidas para fomentar la confianza; y
- concientización a los policías de cómo reaccionará la gente.

* CDC, División Global de Migración y Cuarentena
Control de Enfermedades Transmisibles Propuesta 42 CFR Apartado 70 y 71
<http://www.cdc.gov/ncidod/dq/index.htm>

Contacto: Kenneth Gonzáles
Oficina del Procurador Federal
Las Cruces, NM
Kenneth.gonzales@usdoj.gov

3. Manejo de Mortalidad Masiva

Carole Shirreffs, Oficina Médica Forense de Nuevo México (OMI, por sus siglas en inglés)

La Sra. Shirreffs explicó que en Nuevo México, la OMI maneja todas las muertes *notificables* (por ejemplo, muertes inesperadas, no determinadas y/o no atendidas). Cuando ocurre un gran número de muertes notificables en una jurisdicción, un investigador forense local responde para determinar el agente involucrado y la extensión del área geográfica afectada. Si fuera necesaria ayuda adicional, la Oficina Central de la OMI en Albuquerque proporcionará tantos recursos como estén disponibles en otros condados o a nivel estatal. Si la situación excede la capacidad del Estado y si se ha hecho una Declaración Presidencial, se solicitaran recursos Federales, incluyendo la asistencia del Equipo de Respuesta Operacional para Defunciones por Desastres (DMORT, por sus siglas en inglés).

La Sra. Shirreffs explicó que la muerte por influenza no forma parte de las condiciones *notificables*, por lo tanto el manejo de estas defunciones será responsabilidad del hospital. Las muertes naturales que ocurren en hospitales y asilos no caen bajo la jurisdicción de la OMI de Nuevo México. Los hospitales deben identificar y transportar los cadáveres a las funerarias que soliciten los familiares, en un tiempo razonable. En una pandemia, agencias como la policía y los Consulados Mexicanos en los estados fronterizos, podrían involucrarse en la identificación de difuntos, además de encontrar y contactar a los familiares.

Los hospitales locales de Nuevo México tienen una capacidad limitada para una eventual demanda de almacenaje de cadáveres. Por ejemplo, en Las Cruces, la capacidad total de almacenaje de cadáveres en frío tanto en hospitales como en funerarias, es de diez cuerpos. La OMI y el Departamento de Salud están trabajando con la Asociación Funeraria de Nuevo México

(NMFSA, por sus siglas en inglés) para desarrollar un plan para apoyar a los hospitales con el exceso de cuerpos cuando ocurran múltiples fallecimientos. Estos esfuerzos de coordinación con las funerarias pudieran expandirse a los tres estados fronterizos.

El traslado transfronterizo de cadáveres, cuando se trate de enfermedades contagiosas, puede ser problemático. La NMFSA será exhortada a trabajar con los Consulados Mexicanos y con funerarias de Texas con respecto a este asunto.

La OMI tiene una larga y positiva relación con los Consulados Mexicanos en Albuquerque y El Paso. Trabajan conjuntamente para asegurarse que los casos mexicanos atendidos por la OMI se manejen en forma expedita y cooperativamente. La OMI también tiene buenas relaciones con las Oficinas Médicas Forenses de Texas, especialmente en El Paso.

Contacto: Steve Núñez, Gerente del Programa
Oficina Médica Forense de Nuevo México
Albuquerque, Nuevo México
Snunez@salud.unm.us

4. Vigilancia Epidemiológica

David Selvage, Asistente médico del NMDOH, División de Epidemiología y Respuesta, Oficina de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas.

El Sr. Selvage inició su presentación sobre epidemiología y vigilancia de las enfermedades infecciosas en la frontera ofreciendo una definición de vigilancia: “es la colección sistemática continua, el análisis y la interpretación de datos de salud esenciales para la planificación, la implementación y la evaluación de la práctica de la Salud Pública, integrados a la distribución oportuna de los mismos a los responsables de la prevención y el control.”

Además, presentó los pasos básicos de la vigilancia en la salud pública y explicó que su propósito incluye:

- Guiar acciones de respuesta inmediata
- Evaluar el estado de salud pública (monitoreando las tendencias de enfermedades, detectando brotes, identificando riesgos para la población, y detectando condiciones emergentes)
- Definir las enfermedades infecciosas prioritarias y priorizar la distribución de recursos de salud
- Guiar la planificación de programas y el desarrollo de políticas de prevención y control
- Estimular la investigación
- Colectar datos estandarizados para describir el curso de las enfermedades y para evaluar técnicas de intervención y prevención
- Detectar cambios en la práctica de la salud

El Sr. Selvage agregó que la vigilancia de enfermedades infecciosas tiene diversos usos, entre ellos los siguientes:

- Estimar la magnitud del problema
- Determinar la distribución geográfica de la enfermedad
- Trazar la historia natural de la enfermedad
- Detectar epidemias (definiendo el problema)
- Generar hipótesis y estimular la investigación

- Evaluar medidas de control
- Revisar cambios en agentes infecciosos
- Detectar cambios en las prácticas de salud
- Facilitar la planificación.

Dio varios ejemplos de vigilancia de enfermedades infecciosas en la frontera: el Proyecto BIDS (Vigilancia de Enfermedades Infecciosas en la Frontera), el Proyecto EWIDS (Detección Temprana para Vigilancia de Enfermedades Infecciosas) y el Proyecto “Diez contra la Tuberculosis”. Posteriormente, describió como esta organizado el Departamento de Salud de Nuevo México. Dijo que esta altamente centralizado en un solo departamento de salud. Que hay 33 condados en 5 regiones de salud que tienen múltiples oficinas de Salud Pública, las cuales están administradas a nivel estatal. Casi todas las enfermedades infecciosas notificables son reportadas al Departamento de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas en Santa Fe y luego asignadas a investigadores en las regiones. Esta situación, explicó, es muy diferente a la de Texas donde están más descentralizados.

Los asuntos que este Grupo de Trabajo debe considerar son:

- *Comunicación:* ¿Existen los protocolos necesarios para establecer una rápida y efectiva comunicación?
- *Relaciones:* ¿Están identificadas las contrapartes técnicas apropiadas, en caso de un evento?
- *Sistemas:* ¿Hay mutuo entendimiento sobre como funcionan los sistemas en ambos lados de la frontera?
- *Mejores Prácticas:* ¿Qué está funcionando en este momento que puede ser mejorado y replicado?

Contacto: David Selvage

División de Epidemiología y Respuesta, NMDOH

David.selvage@state.nm.us

5. Servicios Médicos de Emergencia (SME)

LeeAnn Phillips, Directora Ejecutiva, Región II, Servicios Médicos de Emergencia, Nuevo México

La Sra. Phillips inició su presentación explicando que los Servicios Médicos de Emergencia (SME) responden adecuadamente, pero no tienen el mismo éxito en la planificación y preparación. Personal del SME requieren apoyo de planificadores y organizadores para que los preparen para hacer mejor lo que hacen: responder. Los roles del SME son:

- Respuesta inicial a emergencias verdaderas, emergencias percibidas y emergencias falsas
- Brindar cuidados básicos
- Preparación de emergencias

Los retos que enfrentará el SME para responder a la influenza pandémica incluyen:

- Recursos humanos altamente centralizados
- Una mezcla de personal pagado y voluntario
- Grandes zonas rurales con falta de servicio
- Limitaciones de comunicación, incluyendo tecnológica
- Equipos y vehículos inadecuados
- Capacidad de respuesta mínima

Exhortó al Grupo de Trabajo y otros interesados a:

- Identificar comunidades con las mejores prácticas
- Desarrollar un modelo para integrar al SME con los planes pandémicos locales, incluyendo cuidados del personal de rescate, cuidados secundarios, entrenamiento y comunicación
- Priorizar la atención a zonas rurales y fronterizas, comunidades cerca a puertos de entrada fronterizos y otras zonas de alta prioridad
- Capacitar al público y al personal del sistema de salud

Contacto: LeeAnn Phillips
SME Región II
Las Cruces, Nuevo México
leeannp@region2ems.com

Viernes 23 de junio de 2006 – Sesiones de los Grupos de Trabajo

Los participantes de la Cumbre fueron distribuidos en los cinco grupos de trabajo definidos el día anterior; a cada grupo se le pidió desarrollar una lista de prioridades a discutir en los meses siguientes e identificar a individuos que estarían dispuestos a participar en actividades futuras.

Grupo de Trabajo: Incremento de la Capacidad para Manejar la Demanda de Médicos y Profilaxis Masiva

Prioridades de Grupo de Trabajo

1. ¿Cómo coordinar y alinear los recursos de salud? ¿Cómo construir coaliciones de grupos existentes para manejar conjuntamente el incremento de la demanda médica y la profilaxis masiva? ¿Cómo planificar el incremento de la demanda de personal médico, incluyendo la modificación de los roles de trabajo, la participación de estudiantes de medicina, de familiares, de personal de atención primaria, etcétera? ¿Cómo capacitar y educar “antes de” y “durante” un evento?
2. ¿Cómo coordinar la comunicación y la información al público (incluyendo la tecnología)? ¿Cómo diseminar la información referente a las medias de auto-cuidado, distanciamiento social y otros aspectos relacionados? ¿Cómo servir a toda la población? ¿Cómo desarrollar oportunidades para comunicaciones de “dos vías”?
3. ¿Cómo se coordinan y alinean los estados a nivel jurisdiccional? ¿Cómo lograr involucrar a todos los sectores, por ejemplo, servicios de emergencia, seguridad pública, transporte y comercio, servicios públicos, escuelas, organizaciones de la comunidad y otros? ¿Cómo se establecerá el comando y control médico?
4. ¿Cómo coordinar ejercicios para facilitar el trabajo, utilizando la experiencia del evento del año pasado en Sunland Park?*
5. ¿Cómo resolver los problemas legales y financieros al trabajar como *Los Tres Amigos*?

Discusión del Grupo de Trabajo

El grupo concluyó que responder al aumento de la demanda médica y la profilaxis masiva es similar a la tarea de evaluación de las víctimas en un desastre masivo. Los voluntarios necesitan que personal capacitado les indique si pueden apoyar en el servicio de vacunación y profilaxis, en el hospital, en los servicios ambulatorios, en el servicio de salud mental, apoyar en la transportación, en el área de comunicación social, o enviarlos a casa.

Actualmente, actividades de planificación se están realizando en la frontera; El Paso está considerando sitios alternos en hoteles y moteles, agrupando gente con diagnósticos similares. Nuevo México esta promocionando el enfoque NM-MEMS con los SME locales en sus condados y tribus. México tiene planes de emplear al personal de atención primaria para cubrir la demanda médica. En Ciudad Juárez y el estado de Chihuahua, Protección Civil es parte del Comité Nacional de Seguridad para la Salud y coordina una amplia gama de instituciones y organizaciones.

Fue reconocido por todos que la falta de personal es un problema mayor. Se sugirió que “la modificación de los roles de atención a la salud” deben entenderse como estándares de “cuidados suficientes” basados en la falta de todo tipo de recursos. Se reconoció que la pandemia de la influenza reducirá la fuerza laboral de salud y se acordó que los profesionales que brindan los primeros auxilios sean los primeros en recibir vacunación y profilaxis. Esto significa que la adquisición, uso y propiedad de antivirales para uso trans-fronterizo debe ser clarificado. Deben desarrollarse planes de inmediato para poder trasladar recursos médicos a través de la frontera y para ver como operar con un mínimo de personal en cada unidad de salud. Tienen que ser formuladas las responsabilidades del personal no médico como son los miembros de familia, estudiantes de salud, voluntarios de la comunidad, el ejército, primeros auxilios, etcétera. La planificación de la utilización de la fuerza laboral local debe hacerse a nivel local.

La mayoría de los participantes reconocieron la necesidad de sitios alternos para el cuidado de pacientes (dentro o fuera de hospitales) que requieran menos experiencia médica (incluyendo personal no médico), con diferente espectro de control (pero basado en estándares consistentes) para pacientes con cuadros clínicos similares. En un asunto relacionado, se destacó que consideraciones legales tienen que ser discutidas, particularmente, en relación a la modificación de los roles de trabajo y los requerimientos para licencias (Estatales, JCAHO, y otros).

También se reconoció que los servicios tradicionales tienen que ser mantenidos al igual que la integridad de los Servicios de Urgencias, cuidados intensivos y Centros Médicos especializados (Traumatología).

Otro asunto urgente que se discutió, fue la comunicación -desde la información al público (especialmente lo referente al auto-cuidado) y la comunicación de riesgos de alertas de salud, hasta la comunicación entre personal de respuesta. Por ejemplo, los Servicios de la Red de Alerta de Salud (HAN) tienen que ser extendidos a Chihuahua. Los planes de comunicación de riesgos tienen que ser tri-estatales y consistentes, deben incluir a toda la población y a comunidades religiosas y ver la forma de llegar a poblaciones donde normalmente no llegan los medios.

Se sugirió que esta planificación podría funcionar utilizando las estructuras regionales de traumatología y sus comités ya existentes. Estos grupos podrían trabajar para cubrir la demanda médica y de profilaxis masiva. Su énfasis es el Sistema de Traumatología (incluyendo prevención de heridas, servicios pre-hospitalarios, rehabilitación hospitalaria, etcétera). También se reconoció que una de las dificultades de la planificación fronteriza deriva de la incompatibilidad entre la infraestructura federal centralizada de México y el sistema descentralizado estatal y local de los Estados Unidos.

Fue sugerido que este grupo enfoque la planificación al área fronteriza (100 kilómetros/60 millas en ambos lados de la frontera). También se recomendó involucrar en el Plan a otras interesados como:

- Ejército
- Policía
- Servicios públicos – electricidad/agua
- Patrulla Fronteriza
- Universidades
- Transporte (público y privado)
- Secretarías de Estado y otros líderes políticos
- Hospitales, centros de salud, centros de atención de largo plazo, y otros de zonas cercanas
- Comunidad de traumatología

- Comités de salud de la comunidad
- Representantes rurales
- Promotoras de Salud
- Medios de comunicación
- Diócesis católicas y otras organizaciones religiosas
- Personal de salud mental
- Comunidad empresarial

* Ejercicio sobre Tularemia, Detección Temprana para la Vigilancia de Enfermedades Infecciosas (EWIDS), NMDOH, División de Salud Pública/ Distrito 3 en coordinación con la Oficina de Gestión de Emergencias del Condado de Doña Ana/Ciudad de Las Cruces, y la Ciudad de Sunland Park, 29 de junio de 2005.

Grupo de Trabajo: Manejo de Mortalidad Masiva

Prioridades del Grupo de Trabajo

1. ¿Cómo identificar los cuerpos, archivar información, cuidar las posesiones personales y rastrear los cadáveres y los materiales?
2. ¿Cómo tomar decisiones sobre la disposición de cuerpos, entierros masivos, cuando hacerlos y quien tiene la autoridad?
3. ¿Cómo informar al público?
4. ¿Cómo unir/compartir recursos multijurisdiccionales y multidisciplinarios, incluyendo transporte?
5. ¿Cuales son los puntos detonadores? ¿Qué detonadores utilizan otros? ¿Cuándo decidir que tenemos demasiado trabajo, que necesitamos recursos, y/o que necesitamos modificar los roles de trabajo?

Discusión del Grupo de Trabajo

Este grupo discutió sobre varias preocupaciones, iniciando con el asunto de cómo manejar de 2,000 a 40,000 muertos. Los temas incluyeron el manejo de cuerpos y posesiones personales, entierros masivos, y descontaminación, una posible reducción del 40% del personal, identificación y registro de cuerpos, localización de posibles áreas de almacenamiento, hospitalización temporal, designación de cementerios, etcétera.

También se discutió la necesidad de trabajar con hospitales, personal de asilos, otros proveedores de salud, funerarias y consejeros de luto.

Una pregunta clave fue, ¿cuál será el detonador para avisar a comunidades que hay una pandemia? Hay diferencia entre una pandemia y otros eventos de mortalidad masiva, en términos de falta de personal.

En Ciudad Juárez, el ejército y el sector privado están involucrados, rutas de transporte han sido identificadas y procedimientos han sido escritos designando lugares para almacenar cuerpos, descontaminación, y trámites. Sobre todo, el Gobierno Federal guiará todas las operaciones y la coordinación de todos los sectores.

En los Estado Unidos, hay recursos federales como el Equipo Forense de Respuesta Para Desastres (DMORT), pero es improbable que esté disponible en una pandemia. En Nuevo México, anticipamos que los hospitales estarán sobrecargados y no podrán manejar el volumen de muertos. Se necesitará el apoyo de la Oficina Médica Forense (OMF) y otros recursos. La OMF en Nuevo México tiene una capacidad para 300 cuerpos y están preparados para procesar y trasladar rápidamente los cuerpos. El Condado de Doña Ana esta trabajando con funerarias y otras agencias, a pesar de que hay algunos planes en funcionamiento, los números pueden llegar a ser abrumadores.

En general, habrá necesidad de tener procedimientos para proporcionar listados de defunciones, especialmente de foráneos, que incluyan: género, edad, causa de muerte, etc. Tendrán que operar bajo procedimientos básicos de bioseguridad y tener disponible Equipo Personal de Protección.

En términos de colaboración tri-estatal y binacional, se hicieron notar diferencias básicas en la manera en que los hospitales manejan a los muertos. En Nuevo México, la defunción hospitalaria no es manejada por la OMF, mientras que en Texas si ocurre dentro de 24 hrs. [a partir de su ingreso] es referida a la Oficina del Médico Forense. En Chihuahua, hay expertos forenses que

manejan homicidios, suicidios, causas desconocidas de muerte, muerte en la calle, etcétera. En la eventualidad de una pandemia donde conocemos la causa de la muerte, muchos trámites pueden ser omitidos. Las autopsias no se requieren en muertes masivas.

Tienen que ser desarrollados protocolos para evaluación y toma de decisiones en defunciones domiciliarias.

Se deben localizar, con antelación, recursos adicionales para almacenaje de cuerpos, para clasificación, para inhumación, almacenes, etc. Se necesita información sobre disponibilidad de ataúdes, líquidos para embalsamamiento y bolsas para los cuerpos. Al Grupo de Trabajo le gustaría saber si existen encuestas sobre la existencia de tales recursos. Texas y Nuevo México ya iniciaron este inventario. En México, Protección Civil organiza a las comunidades en caso de algún desastre y tienen conocimiento además de acceso a recursos, en caso necesario se cuenta con apoyo militar. Existe la necesidad de crear un Plan de Operación Continua (COOP) que se encargue de obtener combustible y otros requerimientos de infraestructura.

El público debe ser informado, incluso sobre la modificación de los roles de trabajo del personal de salud. En México por ejemplo, no hay servicio de funerarias los fines de semana y las familias no pueden ir a recoger los cuerpos.

Se requieren guías para cremaciones y entierros masivos, así como desarrollar protocolos especiales que contemplen situaciones religiosas y culturales sobre el manejo y disposición de los cadáveres. Pudiera ser necesario el apoyo de grupos religiosos para manejar la preparación de los cuerpos y notificación a familiares; sin embargo, la experiencia en México muestra que estas tradiciones pueden ser evitadas en un desastre. Se necesitan guías para el manejo de muertos en los que no se ha identificado a los familiares o a una funeraria para ser dispuestos.

Existen buenas relaciones de trabajo entre los tres estados y los dos países. Estas relaciones pueden servir de base para continuar los planes sobre manejo de muertes masivas, transportación, etcétera.

En los Estados Unidos, el Pacto de Asistencia para la Gestión de Emergencias (EMAC) permite que los estados compartan recursos cuando existe la necesidad de movilizarlos interestatalmente. Se necesita entender exactamente como el virus puede propagarse para concentrar recursos en los lugares adecuados.

También se requiere un plan estratégico para animales en una situación de muerte masiva. Para esto, en el Condado de Doña Ana se esta trabajando con la autoridad de Control Animal y la Universidad Estatal de Nuevo México (NMSU). México ha designado a los Servicios Públicos Municipales para esta labor.

Se necesita investigación e información adicional sobre mejores prácticas, incluyendo lecciones aprendidas de Asia y África y cualquier protocolo militar que puede ser de utilidad. Puede ser que haya un instituto afiliado con el Colegio de la Comunidad en El Paso que proporcione entrenamiento para manejo de muertes masivas en este otoño.

El Grupo de Trabajo identificó cinco prioridades para discutir en el futuro e identificó grupos adicionales que pudieran ser invitados a la próxima reunión:

- Directores de funerarias y de cementerios
- Empresas con bodegas, camiones y otro equipo
- Directores de SME locales
- Protección Civil, Cruz Roja y Grupo Centinela
- Departamentos de Salud y hospitales públicos y privados

Grupo de Trabajo: Aislamiento y Cuarentena (AyC)

Prioridades del Grupo de Trabajo

1. ¿Cómo lograr un entendimiento mutuo sobre leyes de aislamiento y cuarentena entre Estados Unidos y México, así como entre Nuevo México, Texas y Chihuahua? ¿Qué se necesita clarificar para compartir información sobre pacientes? ¿Cómo educarnos sobre asuntos legales?
2. ¿Cuáles son los mecanismos logísticos y legales para trasladar pacientes entre jurisdicciones y entre estados? ¿Entre países? ¿Del nivel Federal al nivel Estatal? ¿De centros de detención federales a Estatales? ¿De otros sectores?
3. ¿Cómo identificar pro-activamente Centros de AyC (centros provisionales y de largo plazo)? ¿Quién va a proporcionar apoyo logístico?
4. ¿Quién es responsable de la logística y los costos de AyC, a nivel federal, a nivel estatal y en los centros de detención federales?
5. ¿Quién vigilará el cumplimiento de las órdenes de cuarentena a nivel Federal y Estatal de ambos países?
6. ¿Cómo notificar oportunamente a las autoridades de salud en ambos países sobre pasajeros enfermos (aviones, autobuses y otros) ?
7. ¿Cómo proporcionar medidas adecuadas de protección personal a los trabajadores de salud y adunas? ¿Cómo implementar medidas de notificación y de prevención?

Se decidió que los siguientes dos temas tendrán que ser discutidos conjuntamente con el Grupo de Vigilancia Epidemiológica:

8. ¿Cómo solucionar la disponibilidad de pruebas diagnósticas de laboratorio entre países? ¿Cómo podrá México utilizar la Red de Laboratorio de Respuesta de Estados Unidos? ¿Cómo podrá Estados Unidos utilizar el laboratorio Estatal de Chihuahua? ¿Cómo lograr transados expeditos de muestras de laboratorio entre países? ¿Qué mecanismos se necesitan para compartir los resultados oportunamente?
9. ¿Cómo compartir la información de vigilancia epidemiológica entre jurisdicciones, entre estados, entre países, entre el ejército y los locales/estatales/federales?

Discusión del Grupo de Trabajo

Debido a la complejidad del tema, se amplió la presentación para que el grupo se familiarizara con ciertos asuntos críticos propiciando con ello, un marco para la discusión.

Revisión de Asuntos Legales

Muchas de las discusiones de aislamiento y cuarentena se enfocaron en los aspectos logísticos y de salud pública de la implementación del AyC contrastados con los requerimientos legales necesarios para implementarlas. Para esta discusión es crítico entender el marco legal a nivel Federal y Estatal, tanto en Estados Unidos como en México.

Dado el escenario siguiente, ¿Cuáles serían las implicaciones legales?

“Un viernes por la tarde, una Oficina de Salud Pública de los Estados Unidos localizada cerca de la frontera México-Estados Unidos recibe una llamada. Se sospecha que un individuo tiene una forma de influenza particularmente virulenta y altamente contagiosa nunca visto en los Estados Unidos. Los oficiales locales de salud confirman el diagnóstico. El individuo es un ciudadano mexicano viviendo en los Estados Unidos”.

En los Estados Unidos hay múltiples estatutos federales y estatales para ordenar la cuarentena. El estatuto federal existente no se ha utilizado desde inicios de los 60s. En cuanto a ordenar cuarentena o aislamiento, siempre hay controversia entre el interés del gobierno para sofocar la propagación de la enfermedad y proteger la salud de la población y los derechos civiles de un individuo. Usualmente, hay conformidad con estas órdenes, sin embargo, cualquier persona puede protestar una orden y cuestionar la razón clínica de la misma.

Una orden “provisional” de cuarentena se emite por un máximo de tres días mientras se realizan las pruebas diagnósticas. Una orden provisional, en algunas instancias, puede durar más, pero no más del periodo de incubación del agente bajo sospecha. Puede ser posible que una persona cuestione una orden provisional con un escrito *habeas corpus*, que es una petición a la corte que protesta la detención. Cuando la detención es de ciudadanos extranjeros, se involucran los Departamentos de Estado y de Seguridad Nacional, Protección Fronteriza y analizan el retorno del paciente a su país, como cumplir con la protección del público y la necesidad de mantener los derechos civiles del paciente.

Nuevas propuestas de reglamentos, publicadas en el Registro Federal, v.70, #229, 11/30/05,* discuten la identificación, introducción, transmisión y propagación de una enfermedad transmisible; recomendaciones para la aprehensión, detención y libertad condicional de individuos con enfermedades transmisibles; e incluyen la protección de los derechos civiles. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (DSEU), incluyendo los Centros para Control de Enfermedades está actualizando sus reglamentos, así como la mayoría de los Estados. La decisión final sobre tales leyes esta esperando el análisis del público.

En el escenario mencionado anteriormente, el extranjero fue hospitalizado en los Estados Unidos. La resolución a esta situación estará bajo el control del Estado con asistencia del CDC. Podría involucrarse a la Embajada, pero su rol no esta claro en este momento.

Aunque existe un alto nivel de tráfico en la frontera y un riesgo latente de situaciones de emergencia en salud pública, creemos que el entendimiento recíproco de las regulaciones de cada país es limitado.

La nueva regulación propuesta también incluye métodos para recabar información sobre viajeros pero requieren la cooperación de las líneas aéreas y cruceros. Actualmente, hay un Memorando de Entendimiento entre los Departamentos de Seguridad Nacional y de Salud que da autoridad a este último para contactar a las Embajadas. Las estaciones de cuarentena del CDC tienen clara autoridad para detener individuos y no permitirles viajar entre estados. El CDC no tiene potestad para detener individuos que quieran viajar dentro de un estado; esta potestad corresponde a las autoridades locales de salud. El CDC esta comprometido a trabajar con los Estados para resolver rápidamente esta situación de como trasladar adecuadamente a los detenidos a sus destinos. Los Estados tienen que estar al pendiente de las políticas y regulaciones, además de estar preparados para reaccionar rápidamente.

*Propuesta de Control de Enfermedades Transmisibles 42 CFR Apartados 70 y 71

Texas

Texas, a diferencia de Nuevo México, tiene un sistema de salud pública descentralizado que abarca una variedad de departamentos de salud estatales y locales. En cada departamento hay un médico a cargo de las medidas de control. Cuando se requiere de apoyo legal, los médicos locales deben usar abogados locales. La autoridad también se encuentra a nivel Estatal y Regional en cuanto a las medidas de control se refiere. Actualmente, las órdenes para la detención de individuos se utilizan en casos de tuberculosis.

La Legislación federal actual para cuarentena esta relacionada con individuos o grupos de individuos en un solo vehículo (por ejemplo, avión, embarcación, etc.) claramente definido, y la cuarentena involucra un área específica que puede ser definida como una unidad política. La legislación propuesta esta relacionada con grandes cantidades de individuos y será una pesadilla legal el implementarla. Además, aun no esta determinada la forma en que se aplicarán las nuevas regulaciones en los límites territoriales.

Asuntos Constitucionales

Acuerdos multinacionales solo se pueden hacer por los gobiernos federales. El tratado entre Estados Unidos y México asegura lo derechos de los individuos para contactar a su Embajada si enfrenta cargos criminales. No esta claro si este derecho se extiende a situaciones de cuarentena o de enfermedades transmisibles. Usualmente, se requiere la confirmación de la enfermedad antes de cualquier acción legal. Con una declaración de emergencia de salud pública, esta regulación pudiera cambiar.

Solo para estar seguros:

Aislamiento se refiere a detener una persona que tiene la enfermedad.

Cuarentena se refiere a la detención de una persona que ha sido expuesta a la enfermedad, pero aun no tiene síntomas.

Nuevo México

Un individuo mostrando síntomas de un agente sospechoso será hospitalizado y el caso se ha reportado al Departamento de Salud de Nuevo México. La persona solo será detenida brevemente hasta que se confirme que no se trata de una emergencia de salud pública. Si hay evidencia de una situación emergente, el Gobernador declarará una emergencia de salud pública, de acuerdo al Acta de Respuesta de Emergencia de Salud Pública de Nuevo México, aprobada por el Congreso Estatal en 2003. Aun no han sido desarrollados los asuntos logísticos como son el cuidado durante la cuarentena y el aislamiento, así como el seguimiento de los pacientes.

Otro asunto importante que se tiene que discutir es “Quién” (que agencia, proveedor, etcétera) pagará por el cuidado y los otros servicios que se requieren para las personas que están en cuarentena o aislamiento.

Puntos de Discusión del Grupo de Trabajo

Existe una necesidad aparente de educación amplia para proveedores de salud, miembros de los equipos de respuesta y autoridades locales, en las siguientes áreas:

1. Legislaciones existentes y propuestas a todos los niveles jurisdiccionales. Generalmente, hay confusión sobre cuáles leyes deben seguirse en una emergencia y cuales en situaciones no emergentes. Algunas leyes aplican en ambos casos, otras aplican solo en uno.

2. Claridad en el cumplimiento legal para las unidades de Salud. ¿Cuáles son los límites para “forzar” el tratamiento versus el derecho del individuo para rechazar dicho tratamiento?
3. Nuevo México y Texas pueden ordenar el uso de un hospital federal, estatal o local dentro de sus límites territoriales en un estado de emergencia de salud pública. Esta información necesita ser promulgada.

México

El grupo discutió la situación de los pacientes de Estados Unidos en México. El sistema de salud mexicano está fuertemente centralizado a nivel Federal y tiene el liderazgo. Actualmente, no existe algún estatuto para cuarentena y aislamiento en México. Un individuo puede firmar un documento si quiere rechazar tratamiento. Sin embargo en una situación de emergencia de salud pública, una persona puede ser detenida bajo otros estatutos [no definidos].

Departamento de la Seguridad Nacional – Protección Fronteriza (EU)

El DSN repatría individuos mundialmente. Agentes debe acompañar a estas personas pero no está permitido usar máscaras N95, dejándolos vulnerables a la exposición. Han habido experiencias que incluyen detenciones y traslado de pacientes con tuberculosis que pudieron haber contaminado a otros pasajeros. También existe el problema de individuos reingresan al país en múltiples ocasiones sin ser detectados.

Con base en la discusión, el grupo identificó las prioridades anotadas arriba que requieren atención en el futuro.

El grupo sugirió que las siguientes instancias sean invitadas:

- Embajada Mexicana, Departamento de Estado de Estados Unidos
- Departamento de Relaciones Exteriores de México
- Departamentos de Salud Federales y Estatales en Los Estados Unidos y México
- Expertos en control de Enfermedades Zoonóticas

Grupo de Trabajo: Vigilancia Epidemiológica

Prioridades del Grupo de Trabajo

1. ¿Cuáles son los procedimientos de intercambio de datos entre los niveles locales de notificación y las agencias estatales de colección de datos?
2. ¿Para lograr mejor interacción, quiénes son los individuos que pueden atender reuniones de alto nivel?
3. ¿Cómo podemos mejorar los sistemas de vigilancia y comunicación en las zonas rurales?
4. ¿Cuáles son las capacidades de comunicación de los hospitales pequeños? ¿Cuál es su nivel de accesibilidad al Internet?
5. ¿Cómo operacionalizar protocolos de traslado de muestras, reactivos, equipo y recursos?

Discusión del Grupo de Trabajo

El Grupo de Trabajo discutió la necesidad de estandarizar el intercambio de datos entre los niveles locales y las agencias estatales. Esto puede incluir pacientes y médicos e involucra intercambio a nivel local, regional, estatal, interestatal y binacional. El problema mayor parece estar entre las agencias locales, especialmente cuando tienen altas tasas de cambio de personal. La recomendación fue que debe haber formatos estandarizados en inglés y español para **Los Tres Amigos**.

Se necesita tener mejor comunicación. Se debe dirigir la atención al nivel local para que los datos recabados puedan ser utilizados a ese nivel. Por ejemplo, los médicos llenan las formas de reporte pero nunca reciben retroalimentación de la unidad receptora. Hoy en día el flujo de información es unidireccional. Se necesita mejorar los mecanismos de comunicación entre los tres estados y los dos países. Las relaciones y los sistemas se tienen que mejorar continuamente. Debemos enfocarnos en mejorar los sistemas de vigilancia y comunicaciones en las zonas rurales y determinar la capacidad de comunicación en los hospitales pequeños. En México, solo los hospitales grandes tienen acceso a Internet. En Nuevo México, la mayoría de los hospitales tienen acceso a Internet. En Texas, los hospitales pequeños tienen computadoras pero no tienen acceso a Internet. Algunos consideran que el teléfono es más confiable.

Los protocolos de traslado de muestras, reactivos, equipo y recursos necesitan operacionalizarse. Experiencias recientes muestran que existen protocolos, pero el constante cambio de personal en la Aduana frecuentemente ocasiona que las muestras sean rechazadas o no se procese la petición de cruce.

Existe la necesidad de enfocarnos en la capacitación de personal para responder ante una pandemia y entrenarlos para mejorar su capacidad, especialmente en un incidente binacional. Los sistemas locales que funcionan debe ser identificados y replicados. Un sitio Web debe ser desarrollado para informar de estos y otros asuntos fronterizos.

Algunas instancias adicionales que deben ser invitadas:

- Representantes regionales de salud pública
- EWIDS
- Personal estatal y regional de laboratorios
- Personal de comunicación social y de comunicación de riesgos
- Veterinarios y otros involucrados en el control de las zoonosis
- Personal clave de los distritos escolares

Grupo de Trabajo: Servicios Médicos de Emergencia (SME)

Prioridades del Grupo de Trabajo

1. ¿Cómo preparar internamente a los SME para responder a una pandemia?
2. ¿Cómo crear la “continuidad de operaciones” en el SME ante una pandemia?
3. ¿Cómo educar a la comunidad sobre el uso correcto del SME cuando no hay emergencia y en las diversas etapas de emergencia?
4. ¿Cómo estandarizar el entrenamiento de los SME?
5. ¿Cómo mejorar el compartir equipo, insumos, tecnología de comunicación, y vehículos?

Discusión del Grupo de Trabajo

Actualmente, los SME proporcionan un rango de servicios que incluye el responder las llamadas al 911 y servicios médicos de primer nivel. El público tiene una alta confianza en el SME.

Hay una necesidad de educar al público, particularmente en las poblaciones de alta riesgo, sobre el rol y el uso correcto del SME. Este podrá involucrar promotoras en comunidades fronterizas además de mensajes públicos de la Secretaría de Salud de México y de los Departamentos de Salud estatales.

Las agencias de SME deben tener dos niveles de planificación – continuidad de operaciones y respuesta. Los SME necesitan reconocer roles exclusivos en comunidades rurales ya que tienden a estar más cerca de los vectores de enfermedades.

Ya existen planes, y deben investigarse e identificarse mejores prácticas. Materiales y guías de respuesta bilingües son requeridos. El grupo deberá reunirse nuevamente en dos meses. Algunos grupos de planificación existentes son: El Comité Consultivo Regional (RAC), los Comités Binacionales de Salud de Luna-Palomas, Presidio-Ojinaga, y El Paso-Juarez-Las Cruces, El Comité local para Planificación de Emergencias y otras organizaciones de salud locales.

Posteriormente serán explorados tanto el asunto del cierre de hospitales y su impacto en los SME, el asunto de las alternativas para los SME, como los asuntos de equipo y otros activos.

Conclusión: Al concluir los reportes de los Grupos de Trabajo a los participantes, se acordó seguir una estrategia para continuar con estas actividades. Cada Grupo de Trabajo será contactado y convocado por Albert Sánchez, Coordinador de Salud Fronteriza y Patricia Luna, Contratista de NMDOH. Las reuniones comenzarán a principios de agosto y cada grupo iniciará a identificar procedimientos para resolver sus prioridades. Tentativamente, a principios de octubre, habrá una reunión en El Paso para los coordinadores y líderes de los Grupos de Trabajo para revisar el progreso, los desafíos encontrados y los planes futuros.

Estas minutas y actividades de los Grupos de Trabajo estarán disponibles en el sitio Web del Departamento de Salud de Nuevo México, Oficina de Gestión de Emergencias de Salud en: www.health.state.nm.us/ohem

Documento traducido al español por el Centro de Epidemiología y Salud Ambiental (BEC) de la Universidad Estatal de Nuevo México. Proyecto a cargo del Dr. Hugo Vilchis, Director del BEC.

**Segunda Cumbre Anual Fronteriza para la Preparación de Emergencias
Lista de Participantes de los Grupos de Trabajo**

**Capacidad para Manejar la Demanda de
Médicos y Profilaxis Masiva**

Mary Ann Shaening, Ph.D.

Shaening and Associates

Lee Golden

Tom Townsend

Rosalinda Garcia

Sandra Byrd

Burton Berry

Charles Bennett

Danny Medrano

Martha Sanchez

Salvador Gómez

Jennifer Jennings

Virginia Zamarripa

Lois Blough

Kathleen Hales

Jose Luis Mendoza

Cynthia Morgan

Greg Bloom

Marjolaine Greentree

Pilar Campos

Robyn Rehbein

Wynn Brannin

Aislamiento y Cuarentena

**Kenneth Gonzales, Oficina del
Procurador de Estados Unidos**

Clinton J. Johnson

Ron Burick

Ronald Taylor

David Kolberson

Sonia Montiel

Steve Cordova

Tony Elsworth

Al P. Romero

Blanca Serrano

Gumaro Barrios

Bill Morrill

Freddy Gray

Todd Wilson

E. Chris Swager

Adrian Dominguez

Monty Waters

Barbara Byrne

Anne Pascarelli Barraza

Manejo de Mortalidad Masiva

Carole Shirreffs

NM OMI

Dr. Paul Shrode

Debra Davis

Tim Zagorski

Art Alvarado

Mario Holguin

Virginia Arroyo

Mario H. Bonilla

Antonio Armendariz

Dr. Ralph Magaña

Vigilancia Epidemiológica

David Selvage

NMDOH

**Oficina de Epidemiología de
Enfermedades Infecciosas**

Trinidad Jeronimo Castaño

Frances Scappaticci

Judy Creegan

Neil Pascoe

Dr. Jesus Manuel Rodriguez

Juan Cavazos

Gumaro Barrios

Salvador Gómez

Joy Truesdale

Magre Jimenez

Silvia Estela Trevino

Rosalinda Maestas

Sonia Montiel

Servicios Médicos de Emergencia
LeeAnn Phillips
NM Región II Servicios Médicos de
Emergencia
Macario Carrasco
Don Berger
David Luján
Michelle M. Fournier
Pilar Gandara
Albert Sánchez
Irene Rivas

Bea Martinez
David Porras Jr.
Donna Holguin
Tony Quintela
Mike Sebastian
Robert Garcia
Alex Rodriguez
Jorge Luis Felix Morales
Joaquin Andres Gutierrez Sandoval
Ralph Davis