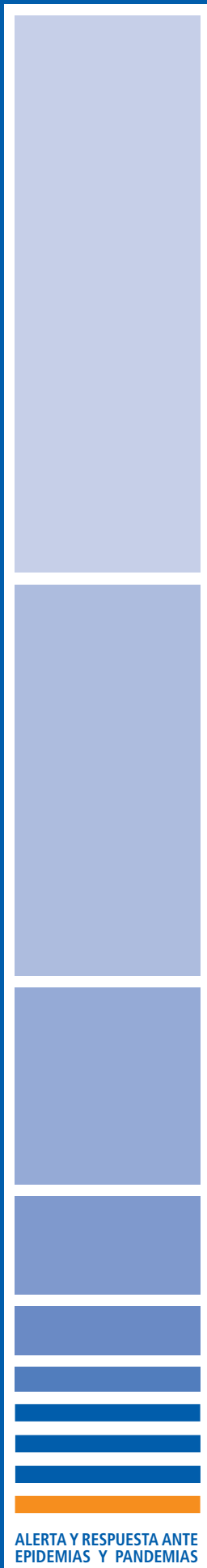


Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica



ALERTA Y RESPUESTA ANTE
EPIDEMIAS Y PANDEMIAS



Organización
Mundial de la Salud

ÉTICA, EQUIDAD, COMERCIO Y DERECHOS HUMANOS

Consideraciones éticas
en el desarrollo de una respuesta
de salud pública a la gripe
pandémica

**Las publicaciones de EPR están disponibles en:
www.who.int/csr/resources/publications**

El documento original, en inglés, se publicó en 2007.

© Organización Mundial de la Salud, 2009

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden obtenerse en: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las peticiones de permiso para reproducir o traducir publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o para distribución no comercial – deberán dirigirse a WHO Press, en la dirección anterior (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, los nombres de especialidades farmacéuticas se distinguen por letras mayúsculas iniciales.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseñado por minimum graphics
Impreso en Suiza

Índice

Agradecimientos	iv
Glosario	v
Referencias bibliográficas del glosario	vii
1. Introducción	1
2. Consideraciones éticas generales	3
Equilibrar derechos, intereses y valores	3
La base de datos científicos para medidas de salud pública	3
Transparencia, participación pública y movilización social	3
Información, educación y comunicación	4
Limitaciones de recursos	4
3. Establecimiento de prioridades y acceso equitativo a medidas terapéuticas y profilácticas	5
Consideraciones generales	5
Criterios en el proceso de priorización	6
Consideraciones adicionales relativas a la prioridad en el acceso a vacunas	7
Asistencia médica y de enfermería	8
4. Aislamiento, cuarentena, control de fronteras y medidas de alejamiento social	9
Responsabilidades gubernamentales esenciales	9
Consideraciones relativas a estrategias específicas de salud pública	10
5. El papel y las obligaciones del personal sanitario durante un brote de gripe pandémica	13
Establecer la naturaleza y el alcance de las obligaciones del personal sanitario	14
Obligaciones recíprocas de los gobiernos y empleadores	14
Promover la observancia de las obligaciones del personal sanitario	15
6. Desarrollo de una respuesta multilateral a un brote de gripe pandémica	17
La importancia de la cooperación internacional	17
Compartir muestras y promover el acceso equitativo a intervenciones farmacéuticas	17
Asistencia a países necesitados	18
Cuestiones para los países que reciben asistencia	18
Atención a las necesidades de todas las poblaciones, sea cual sea su condición jurídica en el país	19
Políticas de comunicación	19
Referencias bibliográficas	21
Anexo. Bibliografía adicional y enlaces	23

Agradecimientos

El presente documento fue elaborado por Carl Coleman y Andreas Reis, del Departamento de Ética, Comercio, Derechos Humanos y Legislación Sanitaria¹ de la OMS, y Alice Croisier, de la Unidad del Programa Mundial contra la Gripe de la OMS, en el Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias. Deseamos agradecer las contribuciones fundamentales de los participantes en la reunión técnica y la consulta mundial sobre cuestiones éticas en la preparación para una pandemia, los miembros de los cuatro grupos de trabajo y, en particular, las aportaciones vitales de los presidentes de los grupos de trabajo, Robert Archer, Larry Gostin, Ross Upshur y Marcel Verweij.

Este trabajo se llevó a cabo bajo la coordinación de Nico Drager, del Departamento de Ética, Comercio, Derechos Humanos y Legislación Sanitaria;¹ Keiji Fukuda, del Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias, y Paul Gully, de la Oficina del Director General Adjunto para Enfermedades Transmisibles.²

Además, deseáramos reconocer el apoyo en este proyecto de los miembros del personal de la OMS Marie-Charlotte Bouésseau, Alex Capron, Peter Carrasco, Katie Chan, Ana Estrela, Fernando González, Gregory Härtl, Frederick Hayden, Helge Hollmeyer, Aylin Jaspersen, Gillian Nycum, Helena Nygren-Krug, Kidong Park, Bruce Plotkin, John Rainford, Jeanne-Marie Scott, Christoph Steffen y Dick Thompson.

El documento final pudo mejorarse gracias a los comentarios escritos y críticas sobre borradores previos de Carolina Alfieri, Julienne Anoko, Benjamin Berkman, Elaine Gadd, Marc Guerrier, Amy Haddad, Pengiran Hishamuddin, Christoph Rehmman-Sutter, Harald Schmidt y Michael Selgelid. Le agradecemos a Sergio Litewka por su contribución a la versión española de este documento.

Este proyecto fue sufragado en parte por una subvención de la Oficina Federal de Salud Pública de Suiza.

¹ Rebautizado como Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos el 1 de noviembre de 2007.

² Rebautizado como Grupo Orgánico de Seguridad Sanitaria y Medio Ambiente (SSMA) el 1 de noviembre de 2007.

Glosario

Aislamiento: La separación, durante el periodo de transmisibilidad, de las personas infectadas (confirmadas o sospechosas) en lugares y bajo condiciones tales que prevengan o limiten la transmisión del agente infeccioso de las personas infectadas a aquellas que son susceptibles o pueden propagar el agente a otros (1).

Argumento de las oportunidades justas: Este argumento refleja la idea de que todas las personas tienen derecho a un cierto tiempo «normal» de vida. Según este argumento, las personas más jóvenes tienen preferencia sobre las más ancianas por lo que respecta a intervenciones que salven la vida, dado que han tenido menos oportunidades de experimentarla (5). La implicación es que salvar un año de vida de una persona joven tiene más valor que salvar un año de vida de una persona más anciana.

Confidencialidad: La obligación de mantener en secreto la información a menos que su revelación haya sido autorizada convenientemente por la persona implicada o, en circunstancias extraordinarias, por las autoridades pertinentes.

Controles sobre fronteras y viajes internacionales: Medidas concebidas para limitar y/o controlar la propagación de una infección a través de puntos de entrada en un país (por carretera, aire, mar, etc.). Pueden incluir consejos o restricciones de viaje, cribado a la entrada o salida, notificación de casos, avisos de alerta sanitaria, recopilación y divulgación de información de pasajeros, etc.

Cuarentena: La restricción del movimiento de personas sanas que han estado expuestas a un caso sospechoso o confirmado de infección por una enfermedad altamente transmisible durante el probable periodo infeccioso (1). Es una precaución orientada a prevenir la ulterior propagación de la infección a otras personas.

Cuidados paliativos: Los cuidados paliativos representan un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (y sus familias) que se enfrentan a los problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la valoración y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales (8).

Derechos humanos: Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y grupos contra acciones que interfieran en sus libertades fundamentales y la dignidad humana. Algunas de las características más importantes de los derechos humanos son que están avalados por criterios internacionales; están protegidos jurídicamente; se centran en la dignidad del ser humano; obligan a los Estados y agentes estatales; no pueden ignorarse ni abolirse (aunque el disfrute de derechos humanos concretos puede estar limitado en circunstancias excepcionales); son interdependientes y están interrelacionados, y son universales (7).

Epidemia/pandemia (1): Una epidemia es la aparición en una comunidad o región de casos de una enfermedad, un comportamiento relacionado con la salud u otros sucesos de índole sanitaria que superan claramente la expectativa normal. Una pandemia es una epidemia que ocurre en todo el mundo o en un área extensa que cruza fronteras internacionales y afecta a un gran número de personas. El *Plan mundial de la OMS de preparación ante una pandemia de gripe* (2) incluye seis fases en una escala de pandemia, divididas en tres periodos: el periodo interpandémico, el periodo de alerta pandémica y el periodo pandémico. (Estas fases se definen con objeto de proponer un marco para las actividades de planificación de la preparación frente a la pandemia; es posible que no to-

das las fases propuestas sean detectables de forma secuencial.)

Equidad: La distribución justa de beneficios y cargas. En algunas circunstancias, se considerará justa la distribución igualitaria de los beneficios y las cargas. En otras, se considerará justa la distribución de los beneficios y las cargas según las necesidades del individuo o grupo. Por ejemplo, en algunas situaciones puede ser equitativo dar preferencia a aquellos que están peor, como los más pobres, los más enfermos o los más vulnerables (3). La falta de equidad hace referencia a diferencias en la salud que son innecesarias, evitables y se consideran injustas e ilegítimas (4).

Justicia distributiva/justicia global: Este principio ético requiere que los riesgos, beneficios y cargas de las acciones de salud pública se distribuyan de una manera justa. Beauchamp y Childress (10) consideran la justicia distributiva como «la distribución justa, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social». La *justicia global* es la justicia social a escala mundial, y requiere que los países, especialmente los desarrollados, aseguren no sólo que sus ciudadanos estén protegidos, sino también que otros países, especialmente en fase de desarrollo, tengan los medios para proteger a sus ciudadanos.

Medidas de alejamiento social: Una serie de medidas de índole comunitaria para reducir el contacto entre personas (p.ej., cerrar escuelas o prohibir grandes concentraciones). Las medidas comunitarias también pueden complementarse con la adopción de comportamientos individuales para aumentar la distancia entre las personas en la vida diaria, en el lugar de trabajo o en otros lugares (p.ej., sustituir las reuniones “cara a cara” por llamadas telefónicas, evitando así el apretón de manos).

Medidas profilácticas: Medidas para prevenir enfermedades o defenderse contra ellas.

Medidas terapéuticas: Medidas adoptadas para combatir una infección o enfermedad.

Necesidad: Los poderes de salud pública se ejercen de acuerdo con la teoría de que son necesarios para prevenir un daño evitable. Por consiguiente, el gobierno, con el fin de justificar el uso de la compulsión, sólo debe actuar ante una amenaza de-

mostrable para la salud. Los funcionarios de salud pública han de ser capaces de probar que tenían «una creencia de buena fe – para la que pueden aportar razones sostenibles – de que es necesario un planteamiento coactivo» (1).

Proceso justo: Daniels y Sabin (6) proponen los siguientes elementos fundamentales en un proceso justo para el establecimiento de prioridades:

- **Publicidad:** El proceso, incluida la justificación para el establecimiento de prioridades, debe ser transparente y hacerse público; deberían celebrarse consultas y audiencias públicas. La publicidad y la intervención de partes interesadas fundamentales revisten importancia particular en contextos donde las decisiones sobre políticas y programas tengan lugar en un entorno con múltiples agentes y afecten a partes sustanciales de la población.
- **Pertinencia:** Las partes afectadas deben considerar como pertinentes las razones, principios y pruebas que forman la base de la argumentación para una toma justa de decisiones sobre prioridades.
- **Posibilidad de revisión y mecanismos de apelación:** En caso de nueva prueba o nuevos argumentos, el proceso debe permitir la reconsideración y revisión de las decisiones. También debe incluir un proceso de apelación que proteja a quienes tengan razones legítimas para constituir una excepción a las políticas adoptadas.
- **Puesta en vigor o regulación:** Debe instaurarse un mecanismo que asegure el cumplimiento de las tres condiciones anteriores.

Proporcionalidad: Un requisito para un equilibrio razonable entre el bien público que se pretende alcanzar y el grado de invasión personal. Si la intervención es gratuitamente onerosa o injusta, excederá de las fronteras éticas.

Reciprocidad: Una relación entre partes que se caracteriza por una acción mutua correspondiente. La reciprocidad supone proporcionar algo a cambio de las contribuciones que han hecho las personas (3). Por ejemplo, la reciprocidad implica que la sociedad debería apoyar a quienes se enfrentan a cargas desproporcionadas al proteger el bien público, así como tomar medidas para minimizar en lo posible estas cargas (9).

Solidaridad: Unión o compañerismo entre los miembros de un grupo o entre personas del mundo. Los individuos con solidaridad mutua están firmemente unidos por responsabilidades e intereses comunes, y no están divididos en cuanto a opinión, propósito y acción (11).

Transparencia: Un principio ético que exige que los responsables de formular las políticas aseguren que el proceso de toma de decisiones es abierto y accesible al público, por medio de una comunicación clara y frecuente de información.

Triage (1): El proceso de seleccionar para asistencia o tratamiento a las personas con prioridad máxima o, cuando los recursos son limitados, a las que tienen más probabilidades de beneficiarse (del francés «*trier*»: clasificar, elegir).

Utilidad/eficiencia: El principio de *utilidad* requiere que una persona actúe con el fin de maximizar el bienestar conjunto. Esto implica el principio adicional de *eficiencia*; es decir, la idea de que los beneficios deberían obtenerse empleando los mínimos recursos necesarios.

Referencias bibliográficas del glosario

1. Last J. *A dictionary of epidemiology*. 4ª ed. Oxford, Oxford University Press, 2001.
2. WHO global influenza preparedness plan: *The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005. WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5
Documento sustituido por:
Organización Mundial de la Salud. *Pandemic influenza preparedness and response*. WHO guidance document, Ginebra, 2009. (<http://www.who.int/csr/disease/influenza/csr/disease/influenza/PIPGuidance09.pdf>, consultado el 1 de agosto de 2009)
3. *Equity and fair process in scaling up antiretroviral treatment: potentials and the challenges in the United Republic of Tanzania: case study*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
4. Whitehead M. Concepts and principles of equity and health. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1990 (EUR/IC/RPD 4147734r).
5. Williams A. Intergenerational equity. An exploration of the «fair innings» argument. *Health Economics*, 1997; 6:117–132.
6. Daniels N, Sabin JE. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs*, 1997; 26(4):303–350.
7. The United Nations System and Human Rights: Guidelines and Information for Resident Coordinator System, aprobado en nombre del Comité Administrativo sobre Coordinación (CAC) por el Comité Consultivo sobre Programas y Cuestiones Operativas (CCPCO) en su decimosexta sesión, Ginebra, marzo de 2000.
8. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*, 2ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (<http://www.who.int/cancer/nccp/en/>, consultado el 1 de octubre de 2007).
9. University of Toronto Joint Centre for Bioethics. *Pandemic influenza and ethics – stand on guard for thee. Ethical considerations in preparedness and planning for pandemic influenza*, 2005 (<http://www.utoronto.ca/jcb/home/documents/pandemic.pdf>, consultado el 1 de octubre de 2007).
10. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*, 5ª ed. Nueva York, Oxford University Press, 2001; 226.
11. *Bioethics dictionary*. UNESCO/IUBS/EUBIOS, disponible en: <http://eubios.info/biodict.htm> (consultado el 1 de octubre de 2009).

1

Introducción

Aunque no podemos predecir cuándo se producirá la próxima pandemia de gripe, desde el siglo XVI el mundo ha experimentado un promedio de tres pandemias por siglo, que han ocurrido a intervalos de 10 a 50 años (1). La morbilidad y mortalidad han variado entre las pandemias, lo que hace imposible predecir con exactitud el impacto de la próxima pandemia. Sin embargo, una nueva pandemia de gripe puede acarrear una carga significativa para la salud humana y conducir a una desorganización social y económica importante. Además, la aplicación de medidas de salud pública dirigidas a limitar la interacción social (como restricciones sobre concentraciones y movimientos de población) tiene probablemente un efecto sustancial sobre el comercio y el turismo. A la vista de estas posibles consecuencias, los países y la comunidad internacional deben prepararse para afrontar una pandemia y mitigar su impacto.

En la planificación, preparación y respuesta ante una pandemia de gripe surgen múltiples cuestiones éticas críticas. Entre ellas: ¿quién tendrá acceso prioritario a medicaciones, vacunas y camas en unidades de cuidados intensivos, dada la escasez potencial de estos recursos esenciales? Frente a una pandemia, ¿qué obligaciones debe asumir el personal sanitario a pesar de los riesgos para su propia salud y la salud de sus familias? ¿Cómo deben acometerse las medidas de vigilancia, aislamiento, cuarentena y alejamiento social de modo que respeten las normas éticas? ¿Qué obligaciones recíprocas tienen los países por lo que respecta a la planificación y los esfuerzos de respuesta a la gripe pandémica?

Si estas cuestiones no se abordan adecuadamente durante la planificación, los esfuerzos de respuesta podrían verse socavados seriamente en caso de una pandemia. Un marco ético discutido públicamente es esencial para mantener la confian-

za pública, promover la observancia y minimizar la alteración social y la pérdida económica. Puesto que estas cuestiones son particularmente difíciles y no habrá tiempo suficiente para abordarlas de forma efectiva cuando se produzca la pandemia, los países deben discutir las ahora, cuando todavía tienen tiempo para deliberaciones pormenorizadas.

En respuesta a la petición de los Estados Miembros, los Departamentos de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias y de Ética, Comercio, Derechos Humanos y Legislación Sanitaria¹ de la OMS emprendieron un proyecto conjunto sobre «Abordar las cuestiones éticas en la planificación de la gripe pandémica». En marzo de 2006, la OMS creó cuatro grupos de trabajo (correspondientes a los capítulos 3–6 del presente documento) para que deliberaran sobre cuestiones éticas fundamentales relacionadas con una posible pandemia de gripe. Los días 18 y 19 de mayo de 2006 se celebraron en Ginebra (Suiza) las reuniones técnicas de los grupos de trabajo. A partir de las discusiones mantenidas en estas reuniones y los comentarios recibidos, se redactaron cuatro informes preliminares. Estos informes constituyeron posteriormente la base para las deliberaciones en una consulta mundial que tuvo lugar los días 24 y 25 de octubre de 2006 en Ginebra. A la consulta asistieron unos cien expertos y representantes de organizaciones internacionales, personal de la OMS en las oficinas regionales y la sede central y observadores de las Misiones Permanentes en Ginebra. El principal objetivo era discutir, a partir de los borradores preliminares, las cuestiones éticas que deben abordarse al desarrollar y poner en práctica una respuesta de salud pública a la gripe pandémica, además de sentar las bases para la formulación de una orientación de la OMS en

¹ Rebautizado como Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos el 1 de noviembre de 2007.

este campo. El presente documento se ha elaborado a partir de las aportaciones realizadas en la consulta, ulteriores reuniones internacionales y otras contribuciones, como el informe titulado *Stand on guard for thee* (2), a cargo del University of Toronto Joint Centre for Bioethics (Centro Colaborador de la OMS en el Canadá); los foros de discusión organizados por el Espace Ethique (París, Francia), y los seminarios regionales de la OMS sobre contención rápida, celebrados en Camboya, Indonesia, Kazajstán y Arabia Saudita.

El propósito de este documento es ayudar a los dirigentes sociales y políticos a todos los niveles que influyen en las decisiones de política sobre la incorporación de consideraciones éticas en los planes nacionales de preparación para una pandemia de gripe (en el Anexo se ofrecen enlaces con planes nacionales). El documento se centra en el establecimiento de prioridades y el acceso equitativo a recursos; las restricciones en el movimiento de los individuos como consecuencia de intervenciones no farmacéuticas (p.ej., aislamiento de casos, cua-

rentena de contactos y limitación de las reuniones sociales); las obligaciones respectivas del personal sanitario y sus empleadores y gobiernos, y las obligaciones recíprocas de los países. Los principios éticos fundamentales sobre los que se hace hincapié son equidad, utilidad/eficiencia, libertad, reciprocidad y solidaridad. El documento también aborda la necesidad de un intercambio transparente y oportuno de información para mejorar el diseño de políticas basadas en pruebas y facilitar la participación pública en el proceso de toma de decisiones.

Este documento trata de cuestiones relacionadas con la salud pública, en especial las que surgen probablemente durante el periodo de alerta pandémica y el periodo pandémico (véase el Glosario). Puesto que las decisiones concretas dependerán de las circunstancias y los valores culturales locales, será necesario adaptar esta guía mundial al contexto regional y nacional, con pleno respeto de los principios y leyes internacionales de derechos humanos.

2

Consideraciones éticas generales

Equilibrar derechos, intereses y valores

La planificación de la preparación para una pandemia de gripe implica equilibrar intereses individuales y comunitarios potencialmente conflictivos. En situaciones de emergencia, las libertades civiles y los derechos humanos individuales pueden tener que limitarse en beneficio del interés público. Sin embargo, los esfuerzos para proteger los derechos individuales deberían formar parte de cualquier política. Las medidas que limitan los derechos individuales y las libertades civiles deben ser necesarias, razonables, proporcionales, equitativas, no discriminatorias y estar en plena conformidad con las leyes nacionales e internacionales.

Al equilibrar intereses y valores conflictivos, los responsables de formular las políticas pueden inspirarse en los principios éticos como herramientas para sopesar exigencias contrapuestas y llegar a decisiones apropiadas. La ética no proporciona un conjunto prescrito de políticas; antes bien, las consideraciones éticas estarán modeladas por el contexto y los valores culturales locales. Los principios de equidad, utilidad/eficiencia, libertad, reciprocidad y solidaridad (véase el Glosario) son especialmente útiles en el contexto de la planificación de la preparación para una pandemia de gripe. Aunque estos principios dan lugar a menudo a demandas conflictivas, proporcionan un marco para que los responsables de formular las políticas valoren y equilibren el espectro de intereses que derivan de ellos. Todas las deliberaciones éticas deben tener lugar en el contexto de los principios de los derechos humanos, y todas las políticas han de ser congruentes con leyes aplicables de derechos humanos.

La base de datos científicos para medidas de salud pública

Las medidas de salud pública que implican costos y/o cargas significativos deberían reservarse para

situaciones en las que quepa esperar razonablemente que marquen una diferencia por lo que respecta a las consecuencias de una pandemia. Dado que tal vez se sepa poco sobre la virulencia y transmisibilidad del próximo virus de gripe pandémica hasta que haya empezado a propagarse de forma general, los juicios sobre la eficacia y los beneficios probables de las medidas de salud pública serán a menudo difíciles y pueden cambiar con el tiempo. Los responsables de formular las políticas deberían fundamentar sus decisiones en la mejor prueba disponible en cualquier momento determinado. Para facilitar estos esfuerzos en el caso de una pandemia, la OMS intentará divulgar una orientación basada en datos científicos con la mayor rapidez posible, a medida que evolucione la amenaza pandémica. Los planes de preparación deberían ser lo suficientemente flexibles para permitir una adaptación oportuna cuando surjan nuevos datos sobre la naturaleza de la enfermedad.

Transparencia, participación pública y movilización social

La participación pública y la implicación de asociados pertinentes deberían formar parte de todos los aspectos de la planificación (3). Las decisiones sobre políticas y sus justificaciones deberían divulgarse públicamente y estar abiertas al escrutinio público. Esto contribuirá a:

- Aumentar la sensibilización pública sobre los riesgos relacionados con la enfermedad, y permitirá que las personas tomen medidas en los ámbitos individual, familiar, laboral y comunitario para prepararse y responder a una pandemia de gripe.
- Facilitar el desarrollo de planes adecuados y eficaces y aumentar la confianza pública en que las políticas son razonables, sensibles, no discriminatorias y están en consonancia con las circunstancias y valores locales.

- Asegurar el acuerdo entre el sector público y la sociedad civil sobre el uso de medidas terapéuticas y profilácticas y su distribución.
- Proporcionar retroalimentación útil a los planificadores acerca de información de la que pueden carecer (p.ej., sobre las condiciones locales) y de la aceptabilidad de sus planes para el público general.
- Mantener la confianza pública, acrecentar la legitimidad de los planes y asegurar la responsabilidad de los poderes decisorios tanto en la etapa de planificación como durante la puesta en práctica de un plan.
- Promover la observancia pública y mitigar los temores por lo desconocido y la posibilidad de alteración social y pánico resultantes, especialmente en unas circunstancias en las que cabe esperar que el público haga sacrificios y, posiblemente, sufra una pérdida financiera o vulneraciones de su autonomía personal.

Información, educación y comunicación

Para que la participación pública en la planificación de la preparación sea significativa, son esenciales modos efectivos de comunicarse con el público y educarlo acerca de las cuestiones implicadas. Los principios de la comunicación de brotes son: confianza; transparencia; pronta comunicación con el público y diálogo con él, y planificación (4). La planificación de antemano permitirá el desarrollo de estrategias que lleguen a toda la población y que sean lingüística y culturalmente apropiadas. En todos los periodos, incluido el interpandémico, deberían comunicarse los siguientes tipos de información:

- Las iniciativas que se están emprendiendo para permitir que los ciudadanos o comunidades participen en el desarrollo de las políticas de respuesta a la pandemia.
- La naturaleza y alcance de la amenaza y los riesgos relacionados, así como la propagación de la pandemia.
- Las medidas que se están tomando para responder a la pandemia, incluidos nuevos desarrollos de políticas y sus justificaciones.
- Medidas científicamente fundamentadas, factibles y comprensibles que pueden adoptar las

personas para protegerse a sí mismas y proteger a otros de la infección.

Los criterios y procedimientos de toma de decisiones que se utilizarán durante una pandemia de gripe deberían comunicarse al público con la máxima antelación posible. Parte de esta información será inevitablemente incierta, y esta incertidumbre también debería comunicarse con un lenguaje claro pero sin alarmismos. La información disponible cambiará continuamente a lo largo de la pandemia, lo que exigirá reajustar las estrategias de respuesta según las valoraciones ininterrumpidas de los riesgos y ventajas potenciales de las intervenciones. Deberían comunicarse al público estos reajustes y su justificación.

Limitaciones de recursos

Aunque todos los países deben hacer esfuerzos razonables a fin de prepararse para una pandemia de gripe, las diferencias en el acceso a recursos significan que lo que es razonable para un país puede no serlo para otro. En los países en desarrollo, los recursos limitados y las necesidades sanitarias inmediatas pueden dificultar el desarrollo y ejecución de planes exhaustivos (5, 6). En algunos casos puede ser factible generar recursos utilizando de forma más eficiente los fondos disponibles. Además, ciertas medidas, como la elaboración de estrategias de comunicación culturalmente sensibles, pueden lograrse con un compromiso de recursos relativamente discreto. Sin embargo, en un momento u otro, los países tendrán que tomar decisiones difíciles acerca de la preeminencia relativa que confieren a la preparación para la pandemia, en comparación con otras prioridades importantes de salud pública, como el VIH y el paludismo. Estas decisiones sobre la asignación de recursos deberían estar informadas por un proceso de participación pública, y su justificación debería comunicarse claramente al público.

Las limitaciones de recursos a las que se enfrentan los países en desarrollo, junto con la naturaleza global de la amenaza, subrayan la importancia de la cooperación internacional en el desarrollo de una respuesta mundial a una pandemia de gripe (véase el Capítulo 6).

3

Establecimiento de prioridades y acceso equitativo a medidas terapéuticas y profilácticas

Una pandemia de gripe exigirá que los países tomen decisiones difíciles sobre la asignación de medidas terapéuticas y profilácticas limitadas (véase el Recuadro 1). Para racionar y establecer prioridades en asistencia sanitaria pueden aplicarse muchos principios éticos diferentes. El principio de utilidad, por ejemplo, sugiere que los recursos deberían emplearse para proporcionar los máximos beneficios posibles de salud, conceptuados a menudo como “salvar el máximo de vidas”. El principio de equidad requiere que la distribución de beneficios y cargas sea justa (véase el Glosario). Cuando estos principios chocan entre sí, el equilibrio apropiado debería determinarse a través de un proceso abierto y transparente que tenga en cuenta las circunstancias y valores culturales locales.

Consideraciones generales

Como parte de la planificación para la gripe pandémica, los responsables de formular las políticas deberían articular un **proceso de establecimiento de prioridades y promoción de un acceso equitativo** que:

- Involucre a la sociedad civil y otras partes interesadas fundamentales en el proceso de toma de decisiones (véase el Recuadro 2), de modo que las decisiones sobre los criterios que se utilizarán en la asignación de los escasos recursos se tomen de una manera abierta, transparente e inclusiva.
- Incorpore mecanismos claros y preestablecidos para revisar las decisiones de acuerdo con los nuevos datos, cuando así convenga.

Aun en el caso de un acceso limitado a tratamiento o profilaxis, el público tiene derecho a **información oportuna y precisa**. Las estrategias de comunicación deberían asegurar que el público tenga acceso a información sobre:

- La disponibilidad de fármacos para tratamiento y profilaxis.
- La disponibilidad de otras medidas preventivas y terapéuticas.
- Los criterios y procedimientos que se utilizarán para guiar la asignación de fármacos y otras medidas preventivas y terapéuticas.
- Cómo pueden acceder los individuos a cualesquiera recursos terapéuticos y profilácticos disponibles para sí mismos, sus familias y sus comunidades.

Con independencia de los criterios seleccionados para guiar la asignación de medidas terapéuticas y preventivas, ciertos **elementos básicos** resultarán importantes en todos los planes. Entre ellos:

- Facilitar el acceso al máximo nivel posible de tratamiento teniendo en cuenta los recursos disponibles, con atención cuidadosa a las necesidades de todas las poblaciones (véase también el Capítulo 6).
- Proporcionar a los médicos protocolos claros y transparentes de cribado y tratamiento, en conformidad con las últimas directrices de la OMS o autoridades sanitarias nacionales pertinentes.
- Incorporar mecanismos que:
 - Aseguren el cumplimiento de las directrices y protocolos.
 - Permitan a los médicos informar a las autoridades sanitarias cuando la experiencia clínica sugiera la necesidad de revisar los protocolos.
 - Permitan a los médicos participar en el proceso de actualización de las directrices y protocolos a medida que progresa la pandemia.
- Proponer criterios de priorización relativos al mantenimiento de un sistema sanitario funcional, tal como se necesita en una situación de crisis, asegurando:
 - Un equilibrio justo entre el tratamiento de los

RECUADRO 1

Asignación de recursos escasos: el Plan Suizo contra la Pandemia de Gripe, 2006 (7)

La Comisión Consultiva Nacional de Suiza sobre Ética Biomédica redactó un documento sobre cuestiones éticas en la preparación de pandemias, que posteriormente se integró en el Plan Suizo contra la Pandemia de Gripe. El siguiente modelo escalonado para la asignación de recursos escasos se ha adaptado del Plan Suizo contra la Pandemia de Gripe.

1. Durante la primera fase, recibirán tratamiento todas las personas que lo necesiten. Esta fase proseguirá hasta que el número de los que requieren tratamiento supere la capacidad de los centros terapéuticos ampliados. En esta fase, el tratamiento se administrará a los individuos por “riguroso orden de llegada”, o bien a los que ya estén siendo tratados por otras enfermedades.
2. La segunda fase empieza cuando ya no es posible tratar a todas las personas porque se ha agotado la capacidad terapéutica y hay que rechazar a algunas de ellas. En esta fase, los escasos recursos terapéuticos se reservarán para aquellos cuya enfermedad resulte más amenazante.
3. Por último, la tercera fase corresponde al triaje utilizado en situaciones de guerra o catástrofes naturales. Desde el comienzo de esta fase, los escasos recursos disponibles se reservarán para los pacientes con procesos que pongan en peligro la vida. Cuando ya no pueda tratarse a todos aquellos con enfermedades potencialmente mortales, se dará prioridad a los que presuntamente tengan mayores probabilidades de supervivencia como resultado del tratamiento. A la inversa, el tratamiento en esta fase, si es posible, sólo se denegará a los pacientes que sea improbable que se beneficien de él. En esta fase, los individuos con mal pronóstico únicamente recibirán tratamiento paliativo.

pacientes con gripe y el tratamiento de los pacientes con otras enfermedades graves.

- Entre los pacientes sin gripe, la priorización del acceso a la infraestructura sanitaria general.
- Entre los pacientes con gripe, la identificación de los que recibirán asistencia hospitalaria (frente a domiciliaria), así como los criterios para un alta temprana (aun en el caso potencial de que sigan siendo infecciosos).

Criterios en el proceso de priorización

Aunque el principio de utilidad no es la única consideración ética pertinente, es un factor importante que hay que tener en cuenta cuando se establecen políticas de priorización. Las **consideraciones de utilidad** incluyen:

- Para el beneficio individual:
 - La probabilidad de que un individuo con gripe pandémica experimente un beneficio médico si recibe tratamiento antivírico y adyuvante.
 - La probabilidad de que un individuo con riesgo de infección se infecte/enferme si no se le proporciona profilaxis antivírica específica para la gripe.
- Para el beneficio comunitario:
 - La probabilidad de que un individuo infectado infecte a otras personas si no tiene acce-

so a fármacos antivíricos (para tratamiento o profilaxis) y otras medidas de control de infecciones.

- La reducción global en la carga de enfermedad que cabe esperar de la intervención.
- El valor potencial de dar prioridad a:
 - Personal sanitario esencial.
 - Otros profesionales que proporcionan servicios que salvan vidas.
 - Profesionales que proporcionan servicios críticos necesarios para que la sociedad funcione de la forma más normal posible; estas políticas deberían formularse con gran precaución, dado el peligro de que las que favorecen a ciertas categorías de trabajadores podrían percibirse como injustas y socavar la confianza pública.

La equidad es otro principio que a veces puede chocar con las consideraciones de utilidad. Las **consideraciones de equidad** pueden provocar que se dé prioridad a:

- Los que están peor (por lo que se refiere a gravedad de la enfermedad).
- Las poblaciones vulnerables y discapacitadas.
- Las personas no infectadas que corren un alto riesgo de desarrollar complicaciones graves y fallecer por la gripe si llegan a infectarse.

RECUADRO 2

Inclusión de los maoríes en la planificación para una pandemia: Nueva Zelanda (8)

La pandemia de gripe de 1918 tuvo un impacto especialmente grave sobre la población maorí de Nueva Zelanda. Aún hoy, este grupo tiene un peor estado de salud que la población general, y adolece a menudo de un nivel socioeconómico más bajo. En consecuencia, se considera que los maoríes constituyen una población vulnerable desde una perspectiva sanitaria. El Ministerio de Salud incluyó a representantes maoríes en su proceso de planificación ante pandemias con el fin de proteger las necesidades de este grupo vulnerable en una futura pandemia.

En diciembre de 2005, el Ministerio de Salud convocó una reunión con un grupo focal maorí de siete miembros, que incluía a expertos en el sector de salud y discapacidad y administradores maoríes del Consejo de Salud de Distrito, con objeto de identificar cuestiones fundamentales para los maoríes. En esta reunión se decidió crear un Grupo de Referencia Maorí para las Pandemias. Durante una segunda reunión en junio de 2006, algunos de los temas discutidos fueron la elaboración de hojas informativas para las comunidades maoríes y el acceso a otros recursos; la participación de maoríes en los Consejos de Salud de Distrito y el papel de los proveedores maoríes; la preparación de mano de obra, y la infraestructura y las necesidades comunitarias. El Grupo de Referencia Maorí para las Pandemias forma parte actualmente de la rama del sector sanitario en el proceso de planificación ante pandemias de Nueva Zelanda.

Existen diferentes opiniones sobre si es apropiado considerar la **edad** al tomar decisiones de priorización.

- El argumento de las “oportunidades justas” (véase el Glosario) postula dar prioridad a las personas relativamente jóvenes.
- El objetivo de reducir la carga global de enfermedad también podría proporcionar una justificación para favorecer a las personas más jóvenes, aun en el caso de que no se acepte el argumento de las oportunidades justas.

Los criterios de priorización basados en la edad sólo deberían adoptarse después de una consulta pública amplia. Estos criterios deberían fundamentarse en etapas genéricas de la vida, en lugar de ordenar a los individuos según diferencias de tan sólo unos pocos años.

Los responsables de formular las políticas deberían asegurar que los criterios para el establecimiento de prioridades **no discriminen** a los individuos por características inapropiadas, incluidas las siguientes, entre otras:

- sexo
- raza y etnia
- religión
- afiliación política
- origen nacional
- nivel social o económico.

Consideraciones adicionales relativas a la prioridad en el acceso a vacunas

El estado actual de la tecnología de producción de vacunas para la gripe que se utiliza en muchos países sugiere que las primeras dosis de una vacuna contra un nuevo virus de gripe pandémica no estarán disponibles hasta 5–6 meses después de que se haya declarado la pandemia. La producción de dosis suficientes para satisfacer la demanda mundial podría requerir meses adicionales. Por consiguiente, es crítico que los responsables de formular las políticas a todos los niveles, en consulta con dirigentes políticos y de la sociedad civil, acuerden cómo se utilizará la vacuna cuando se disponga de ella (véase el Recuadro 3). Muchos consideran que la vacunación es más urgente para las personas que corren el máximo riesgo de fallecer por la gripe si se infectan. Los estudios epidemiológicos durante la pandemia deberían ayudar a identificar estos grupos de alto riesgo, pero es posible que no exista tal información cuando empiece a disponerse de la vacuna. Una vez contraída la infección, el riesgo de fallecimiento puede diferir entre los países, y dependerá de la edad, nivel socioeconómico, estado de salud subyacente y disponibilidad de asistencia sanitaria, incluido el acceso a antiviricos para tratamiento o profilaxis. Además, una política de vacunación de las personas con máximo riesgo de fallecer no será compatible forzosamente con otros posibles objetivos; por ejemplo, reducir la propagación de la infección en la población.

Así pues, hay varias estrategias razonables, aunque a veces contrapuestas, para priorizar a quienes deberían ser vacunados (9). Entre ellas:

- Dar prioridad al personal sanitario y otros proveedores de servicios esenciales para ayudar a sostener el sistema sanitario.
- Vacunar a grupos de personas que se sabe que son cruciales en la propagación de la infección, o “superpropagadores” (si cabe esperar que esta estrategia resulte eficaz).
- Vacunar a las personas con un mayor riesgo de fallecer si se infectan.

Pueden ser necesarios criterios adicionales para el establecimiento de prioridades; otro planteamiento podría ser dar prioridad a los niños y adultos jóvenes, de acuerdo con el argumento de oportunidades justas (véase más arriba).

Asistencia médica y de enfermería

Muchos pacientes con gripe requerirán asistencia médica y de enfermería básica, incluido el tratamiento para aliviar los síntomas. Crear y mantener infraestructuras sanitarias de atención primaria es una prioridad importante en la preparación para una pandemia, en especial porque estas inversiones serán beneficiosas en todo momento y no sólo durante la pandemia.

Además, los planes deberían especificar:

- Las normas para concluir el tratamiento de los pacientes que sufren gripe pandémica y otras enfermedades y procesos, de modo que distintos pacientes puedan tener acceso a los escasos recursos (como ventilación mecánica asistida).
- La importancia de proporcionar cuidados paliativos/de apoyo a todas las personas que los necesitan.

RECUADRO 3

Participación comunitaria en el establecimiento de prioridades para vacunas: el Proyecto Piloto de Participación Pública en la Gripe Pandémica, 2005 (10)

En 2005, un consorcio de organizaciones de los Estados Unidos de América emprendió el Proyecto Piloto de Participación Pública en la Gripe Pandémica con el fin de realizar un ensayo piloto de un método para incentivar la participación del público en las decisiones de políticas relacionadas con vacunas. Se efectuaron consultas con ciudadanos en general y un grupo de terceras partes que incluía a representantes de organizaciones con un interés por la gripe pandémica y consultores expertos. El objetivo del proyecto piloto era desarrollar un plan mejorado para la gripe pandémica que tuviera muchas probabilidades de contar con el apoyo público, y demostrar que la participación pública puede ser productiva en el proceso de formulación de políticas de preparación para la gripe pandémica.

Se convocó una primera consulta con el grupo de partes interesadas para enmarcar las cuestiones, asegurar la información básica y aumentar la sensibilización sobre los dilemas éticos relacionados con la priorización de las vacunas. Una segunda consulta invitó a ciudadanos en general con el fin de seleccionar objetivos de máxima prioridad para un programa de vacunación contra la gripe. Se celebró una reunión de seguimiento con el grupo de partes interesadas, así como una consulta más amplia con ciudadanos en general en la que se pidió a éstos que aportaran retroalimentación sobre los objetivos prioritarios establecidos durante la primera consulta con ciudadanos en general. En total, las consultas incluyeron a unos 300 participantes con diversas procedencias y puntos de vista.

Los grupos alcanzaron un alto nivel de acuerdo en el sentido de que el primer objetivo de la inmunización debería ser asegurar el funcionamiento de la sociedad, seguido por el objetivo de reducir los fallecimientos y hospitalizaciones de individuos a causa de la gripe. Este proyecto demostró que los grupos de partes interesadas y ciudadanos en general pueden intervenir en el proceso de formulación de políticas de preparación para la gripe pandémica, y que pueden aprender sobre una cuestión técnica, interactuar de forma respetuosa y llegar a un resultado productivo en temas complicados de políticas técnicas.

4

Aislamiento, cuarentena, control de fronteras y medidas de alejamiento social

Los países tienen la obligación de minimizar la carga de enfermedad que soportan los individuos y comunidades, pero deben hacerlo de una forma que sea respetuosa con los derechos y libertades individuales. La necesidad de equilibrar los intereses de la comunidad y los derechos de los individuos reviste una importancia particular en la aplicación de medidas de salud pública tales como el aislamiento, cuarentena, alejamiento social y control de fronteras. Aunque todas estas medidas pueden ensayarse legítimamente con el fin de retrasar la propagación o mitigar el impacto de una pandemia de gripe, la carga que imponen sobre las libertades individuales exige que su uso se circunscriba estrictamente y se limite a circunstancias en las que quepa esperar razonablemente que proporcionen un beneficio importante de salud pública.

Los principios de derechos humanos aceptados internacionalmente proporcionan el marco para evaluar la aceptabilidad ética de las medidas de salud pública que limitan la libertad individual, al igual que los derechos humanos aportan el fundamento para otras políticas relacionadas con pandemias. En efecto, muchas de las consideraciones discutidas en este capítulo se incorporan explícitamente en documentos de derechos humanos. Los Principios de Siracusa (11) son un documento pertinente y establecen que cualesquiera limitaciones de los derechos humanos deben estar en conformidad con la ley; basarse en un objetivo legítimo; ser estrictamente necesarias en una sociedad democrática; constituir el medio menos restrictivo e intruso de que se dispone, y no ser arbitrarias, absurdas o discriminatorias. Además, los principios de justicia distributiva exigen que las medidas de salud pública no impongan cargas injustas a segmentos concretos de la población. Los responsables de formular las políticas deberían prestar especial atención a

los grupos que son más vulnerables a la discriminación, estigmatización o aislamiento, como las minorías étnicas y raciales, ancianos, reclusos, personas discapacitadas, migrantes e indigentes.

Responsabilidades gubernamentales esenciales

Con asistencia financiera y técnica internacional apropiada, los países deberían **desarrollar capacidades básicas de vigilancia y respuesta de salud pública** que se atengan a las obligaciones jurídicas internacionales en el marco de las Regulaciones Internacionales de Salud (RIS) de 2005 (12). También deberían **revisar las leyes existentes de salud pública** para asegurarse de que:

- Proporcionan autoridad para acciones apropiadas que pudieran ser necesarias en caso de una emergencia de salud pública.
- Trazan claramente los procedimientos que deben seguirse para instituir medidas concretas de salud pública.
- Reconocen la importancia de acciones de salud pública fundamentadas en datos científicos.
- Prestan atención a los principios éticos de la necesidad, proporcionalidad, justicia social, libertad, confidencialidad, reciprocidad, proceso justo, eficiencia, transparencia y responsabilidad.
- Protegen la confidencialidad y seguridad de la información personal y limitan la revelación de información de salud personal al mínimo necesario para alcanzar objetivos legítimos de salud pública; la información sólo debería compartirse para propósitos legítimos de salud pública, y, en la medida de lo posible, debería explicarse a los individuos que terceras partes tienen acceso a su información personal, el uso pretendido de la información y los motivos por los que ésta se está compartiendo.

Los países deberían desarrollar estrategias de comunicación y movilización social específicas para la comunidad que:

- Sean lingüística y culturalmente apropiadas.
- Se elaboren con aportes de la comunidad.
- Proporcionen información exhaustiva, oportuna y equilibrada, basada en los mejores datos científicos disponibles y la opinión de expertos.
- Mantengan informadas a las comunidades sobre la naturaleza y evolución de la amenaza y sobre los desarrollos en las políticas gubernamentales, como, por ejemplo, cambios en las leyes de salud pública.
- Propugnen medidas científicamente fundamentadas, factibles y comprensibles que puedan adoptar las personas para protegerse a sí mismas y proteger a otros de la infección, como prácticas de higiene personal y comunitaria.

Consideraciones relativas a estrategias específicas de salud pública

En una pandemia de gripe, la adecuación de estrategias específicas de salud pública no puede determinarse de antemano. La eficacia de medidas seleccionadas dependerá de factores actualmente desconocidos, en especial la patogenicidad y el patrón de transmisión de una nueva cepa del virus de la gripe. Al considerar si adoptan estrategias particulares de salud pública, los países deberían confiar en las mejores pruebas científicas disponibles. No deberían aplicarse restricciones sobre las libertades individuales a menos que quepa esperar razonablemente que tendrán un efecto sustancial para contener la propagación o mitigar el impacto de la enfermedad, y deberían finalizarse cuando parezca que ya no ofrecen beneficios significativos. Todas las medidas de salud pública deben estar en conformidad con las leyes internacionales de derechos humanos y los requisitos jurídicos nacionales, y los gobiernos deberían prestar atención especial a la protección de los intereses de las poblaciones vulnerables.

Al planificar el uso de medidas concretas de salud pública, los países deberían tener en cuenta los siguientes factores.

Los planes relativos a **medidas de aislamiento social** deberían:

- En la medida de lo posible, proporcionar medios para mitigar los efectos adversos de índole cultural, económica, social, emocional y de salud que sufren los individuos y comunidades.
- Ofrecer protección laboral a los trabajadores que se atengan a las medidas de alejamiento social en contra de los deseos de sus empleadores.
- Incorporar las aportaciones de empleadores, sindicatos y otras partes interesadas pertinentes, en especial por lo que respecta a los procedimientos de cierre empresarial y aplicación de programas laborales alternativos.
- Presentarse con antelación a los agentes fundamentales que se encargarán de ejecutar estas medidas, de forma que puedan adaptarlas a la cultura y el contexto locales y preparar su aplicación.

Los planes relativos a **restricciones de viaje y control de fronteras** deberían:

- Estar en conformidad con las recomendaciones de la OMS (5, Anexo 1) para cada etapa de una pandemia y poder adaptarse a las recomendaciones internacionales en evolución.
- Respetar, en la medida de lo posible, el derecho individual a la libertad de movimiento.
- Asegurar la obtención del consentimiento informado de los viajeros para exámenes, medidas profilácticas y tratamientos, de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005 (12).

Los planes relativos al **aislamiento de los individuos sintomáticos y la cuarentena de sus contactos** deberían:

- Ser voluntarios, en la medida de lo posible (véase el Recuadro 4); las medidas obligatorias sólo deberían instituirse como último recurso, cuando no quepa esperar razonablemente que las medidas voluntarias resulten satisfactorias y sea probable que la imposibilidad de instaurar medidas preceptivas tenga un impacto sustancial sobre la salud pública.
- Incorporar medidas de control de infecciones que sean apropiadas para cada contexto de confinamiento (como hospitales, asilos temporales u hogares) con el fin de proteger a otros contra la infección.

- Asegurar condiciones de confinamiento seguras, habitables y humanas, como la cobertura de las necesidades básicas (comida, agua, ropa, asistencia médica, etc.) y, si es factible, apoyo social para las personas confinadas.
- Considerar el desarrollo de mecanismos para abordar las posibles consecuencias financieras y laborales del confinamiento.
- Proteger los intereses de los familiares de individuos que estén aislados y sean tratados a domicilio; esto incluye recomendar o proporcionar un alojamiento alternativo si es probable que la convivencia con el paciente aislado acarree un riesgo significativo de enfermedad para los familiares (p.ej., familiares inmunodeprimidos).
- Asegurar procedimientos justos para tomar decisiones sobre los individuos afectados; en circunstancias extraordinarias pueden ser adecuadas excepciones a las protecciones procedimentales normales si es esencial una acción inmediata para proteger la salud de otros, pero, en todos los casos, los individuos deberían disponer de recursos jurídicos para cuestionar su aislamiento o cuarentena.

RECUADRO 4

Actitudes frente a la aplicación de la cuarentena: una encuesta de investigación multicéntrica (13)

La Escuela de Salud Pública de Harvard y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América (EE UU) prepararon una encuesta telefónica que se llevó a cabo en cuatro lugares distintos: la RAE de Hong Kong (China), la provincia de Taiwán (China), Singapur y los propios Estados Unidos. A los encuestados se les daba información sobre la aplicación de la cuarentena en caso de un brote de una enfermedad transmisible y se les preguntaba por sus actitudes ante esta medida de salud pública. Los cuatro lugares se escogieron por su exposición anterior a medidas de cuarentena; los Estados Unidos era el lugar donde la cuarentena no se ha utilizado en la experiencia reciente.

En todos los lugares, la mayoría de los encuestados apoyó las medidas de cuarentena para las personas sospechosas de haber estado expuestas a una enfermedad transmisible (RAE de Hong Kong [China]: 81%; provincia de Taiwán [China]: 95%; Singapur: 89%; EE UU: 76%). El apoyo era menor en todos los lugares si la negativa a cumplir una orden de cuarentena podía conducir a la detención (RAE de Hong Kong [China]: 54%; provincia de Taiwán [China]: 70%; Singapur: 68%; EE UU: 42%).

El estudio demostró variaciones en lo que respecta a la aprobación de las medidas para controlar la observancia de las políticas de cuarentena. En general, los encuestados en los Estados Unidos eran menos partidarios de las medidas restrictivas de control que los encuestados en los demás lugares. En los cuatro sitios, una mayoría apoyaba el control a través de llamadas telefónicas periódicas y visitas diarias, pero la investigación periódica por vídeo contaba con menor respaldo. La mayoría de los encuestados en los Estados Unidos rechazaba los brazaletes electrónicos y los guardas apostados delante de los edificios de cuarentena, mientras que estas medidas tenían el beneplácito de la mayoría de los encuestados en la RAE de Hong Kong (China), la provincia de Taiwán (China) y Singapur.

Una gran mayoría de los encuestados en los Estados Unidos prefería la cuarentena en casa, mientras que un número menor de los encuestados en los demás lugares prefería la cuarentena en casa a la cuarentena en instituciones. Las principales preocupaciones por el hecho de estar en cuarentena en un centro sanitario eran estar expuestos a alguien con la enfermedad contagiosa, el hacinamiento y la dificultad para comunicarse con familiares.

Los autores llegaron a la conclusión de que los responsables de formular las políticas necesitan planes específicos para abordar las preocupaciones del público por las políticas de cuarentena obligatoria.

5

El papel y las obligaciones del personal sanitario durante un brote de gripe pandémica

La disponibilidad de profesionales sanitarios será esencial para proporcionar una respuesta efectiva a una pandemia de gripe. Por consiguiente, los países deberían desarrollar políticas que delinear claramente las obligaciones del personal sanitario con el fin de avisarlos de lo que se esperará de ellos (en el Cuadro 5 se ofrece un ejemplo al respecto). Al formular tales políticas, los países deberían considerar que las obligaciones pueden reconocerse de una o más de las siguientes formas, que no son mutuamente excluyentes:

- **Obligaciones morales.** Las obligaciones morales se basan en la comprensión que tiene una sociedad de los comportamientos “buenos” y “malos” y/o apelan a conjuntos universales de valores. Les dicen a las personas lo que “deberían” hacer, pero no son en sí mismas legalmente vinculantes. Las políticas que tratan sobre las obligaciones morales de los individuos pueden desempeñar un papel importante al crear normas sociales a favor de comportamientos concretos.
- **Obligaciones profesionales.** Las obligaciones profesionales se basan en la comprensión que tiene una profesión particular de cómo deberían comportarse sus miembros. Las obligaciones profesionales las establecen a menudo asociaciones profesionales a través de un proceso deliberativo formal, y pueden articularse en directrices o códigos deontológicos. Las violaciones de las obligaciones profesionales pueden conducir a veces a sanciones dentro de la profesión, como amonestaciones o pérdida de ciertos privilegios profesionales.
- **Obligaciones contractuales.** Las obligaciones contractuales son obligaciones que los individuos han asumido voluntariamente como parte de un acuerdo con alguien más (p.ej., contratos de trabajo). Cuando no cumplen sus obligacio-

nes contractuales, puede exigirse a las personas que paguen dinero a la otra parte del contrato, o pueden sufrir distintas sanciones, como la pérdida del empleo.

- **Obligaciones legales no contractuales.** Muchas leyes crean obligaciones vinculantes, la violación de las cuales puede dar lugar a sanciones civiles y/o penales. Algunas obligaciones legales también son obligaciones morales o profesionales. Sin embargo, no todas las obligaciones morales o profesionales están respaldadas por exigencias legales.

Hay razones fundadas para reconocer la obligación moral de proporcionar asistencia durante un brote de una enfermedad transmisible, en especial una enfermedad de proporciones pandémicas. Los argumentos para reconocer tal obligación son más sólidos por lo que respecta a trabajadores (como médicos, terapeutas respiratorios y enfermeras) cuya formación especializada les confiere capacidades críticas que no pueden proporcionar otras personas. Sin embargo, aun en el caso de trabajadores con capacidades especializadas, la obligación moral de trabajar durante una pandemia de gripe no es ilimitada. Los juicios sobre el alcance de las obligaciones morales de cualquier trabajador concreto deben tener en cuenta factores tales como la urgencia de la necesidad de los servicios de dicho individuo y la dificultad de reemplazarlo; los riesgos para el trabajador e, indirectamente, para su familia; la existencia de obligaciones morales conflictivas, como las responsabilidades de cuidar a la familia, y los deberes de atender a otros pacientes (presentes y futuros).

La dificultad de establecer normas claras sobre el alcance de las obligaciones morales del personal sanitario sugiere la necesidad de precaución al traducir tales obligaciones en deberes exigibles por ley. Desde una perspectiva ética, los mecanismos de

ejecución exigible menos problemáticos son aquellos que adoptan voluntariamente quienes se verán afectados por ellos. Así pues, los gobiernos deberían animar a las asociaciones profesionales a desarrollar políticas sobre las obligaciones profesionales de trabajar durante epidemias de enfermedades transmisibles. Del mismo modo, los empleadores y trabajadores deberían revisar las obligaciones contractuales existentes (como contratos de trabajo) para asegurar que contienen estipulaciones apropiadas en caso de una epidemia. Los países sólo deberían promulgar leyes que obliguen a trabajar al personal sanitario durante una emergencia de salud pública si llegan a la conclusión de que las obligaciones morales, profesionales y contractuales son probablemente insuficientes.

El presupuesto del personal sanitario de que corren mayores riesgos para su salud durante una pandemia de gripe genera obligaciones recíprocas por parte de los gobiernos y empleadores. Los planes de preparación deberían garantizar la existencia de mecanismos que satisfagan estas obligaciones recíprocas (véase más abajo).

Establecer la naturaleza y el alcance de las obligaciones del personal sanitario

Las políticas que esbozan las obligaciones del personal sanitario deberían:

- Ser desarrolladas por aquellos que se verán directamente afectados por dichas políticas, o en consulta con ellos; esto incluye organizaciones profesionales, sindicatos y otros grupos pertinentes.
- Cubrir las diversas funciones laborales del personal sanitario que puede estar expuesto a un mayor riesgo durante una pandemia de gripe, incluidos los practicantes sanitarios no convencionales (p.ej., curanderos tradicionales) que participan en el plan de respuesta.
- Considerar la adecuación de asignar trabajadores sanitarios a funciones que no entran normalmente en el ámbito de sus responsabilidades, como asignar a no profesionales para que realicen tareas que llevan a cabo normalmente profesionales, o asignar profesionales para que trabajen en áreas en las que no están cualificados o autorizados.
- Reconocer que el deber de trabajar a pesar de los riesgos para la propia salud no es ilimitado.
- Asegurar que sólo se pida al personal sanitario que asuma riesgos cuando quepa esperar razonablemente que su participación marcará una diferencia por lo que respecta a las consecuencias de la pandemia (p.ej., reducir la morbilidad y mortalidad, aliviar el dolor y el sufrimiento, prevenir infecciones nosocomiales, limitar la propagación de la pandemia en el ámbito comunitario).
- Intentar distribuir los riesgos de forma equitativa entre los individuos y las categorías profesionales, teniendo en cuenta que algunas categorías de trabajadores pueden estar expuestas a mayores riesgos debido a la naturaleza de sus actividades.
- Permitir excepciones legítimas por lo que respecta a la asignación de individuos con salud frágil a situaciones peligrosas (p.ej., individuos inmunodeficientes o mujeres embarazadas).
- Discutirse de forma abierta y transparente antes de su aplicación.

Obligaciones recíprocas de los gobiernos y empleadores

A cambio de que el personal sanitario asuma mayores riesgos para su salud durante una pandemia de gripe, los gobiernos y empleadores tienen ciertas obligaciones recíprocas. Los gobiernos y empleadores deberían intentar **minimizar los riesgos para el personal sanitario** en la medida en que sea razonablemente posible:

- Asegurando la existencia de sistemas adecuados de control de infecciones en los hospitales y otros centros sanitarios.
- Proporcionando medidas preventivas (p.ej., profilaxis, equipamiento de protección personal, protocolos de control de infecciones) al personal sanitario, de acuerdo con asesoramiento técnico y actualizado conforme se disponga de nuevos datos epidemiológicos.
- Considerando la adecuación de dar al personal sanitario acceso prioritario a fármacos antivíricos y asistencia médica si contrae la gripe.
- Proporcionando al personal sanitario acceso a tratamiento psicosocial y apoyo.

Estos métodos de reducción de riesgos son importantes para proteger tanto al personal sanitario como al público. A fin de evitar la ulterior propagación de la infección, los trabajadores tienen la obligación ética no sólo de utilizar las medidas protectoras que se les ofrecen, sino también de informar si se infectan y aceptar una baja temporal del trabajo hasta que dejen de ser infecciosos.

Los gobiernos, organizaciones profesionales y empleadores sanitarios deberían asegurarse de que los trabajadores de salud reciban **educación e información** adecuadas sobre:

- Los riesgos asociados a la asistencia a pacientes afectados por todas las enfermedades transmisibles, incluida la gripe pandémica.
- Las medidas que pueden adoptar para intentar protegerse y proteger a otros, y los riesgos asociados a no utilizar tales medidas.
- Las expectativas sobre su deber de proporcionar asistencia durante una pandemia de gripe o un brote de otras enfermedades transmisibles.
- Cualesquiera prestaciones sociales de que dispongan ellos o sus familias.
- Las consecuencias legales o de otra índole que derivan de no cumplir las obligaciones laborales.

Los gobiernos deberían realizar los máximos esfuerzos para **desarrollar o potenciar sistemas de prestaciones** que proporcionen:

- Prestaciones médicas y sociales en caso de enfermedad o discapacidad del personal sanitario durante una epidemia.
- Indemnizaciones por defunción para los familiares de trabajadores de salud que fallezcan después de haber estado expuestos al virus de la gripe pandémica en el curso de su trabajo.

Promover la observancia de las obligaciones del personal sanitario

Las políticas que definen las obligaciones del personal sanitario durante una epidemia de una enfermedad transmisible pueden ser influyentes aun en el caso de que no creen ninguna obligación exigible por ley. Cuando estas políticas se desarrollan a través de un proceso transparente, equitativo y responsable, es probable que sean aceptadas como legítimas por aquellos a los que afectan. De este

modo, pueden contribuir a crear un clima en el que los trabajadores sientan la responsabilidad moral personal de seguir trabajando a pesar del mayor riesgo para su salud.

Cualquier política que vaya más allá de una orientación moral para incluir **sanciones por inobservancia** – ya sea adoptada por gobiernos, organizaciones profesionales o empleadores particulares – deberían ajustarse de la forma más estricta posible. Puesto que las sanciones excesivas podrían infringir los derechos humanos del personal sanitario, los países deberían asegurar que las políticas sobre sanciones se atengan a los Principios de Siracusa (10) y otros criterios aplicables de derechos humanos. Además, estas políticas deberían:

- Ser establecidas de antemano por autoridades gubernamentales y/u organizaciones profesionales, y divulgarse de forma general entre quienes estarán regidos por ellas.
- Reflejar juicios sobre el nivel de riesgo que cabe esperar razonablemente que asuma el personal sanitario en el cumplimiento de sus obligaciones.
- Tener en cuenta la adecuación de imponer sanciones si no se han cumplido las obligaciones recíprocas de los gobiernos y empleadores.
- Tener en cuenta la pertinencia de factores atenuantes, como las obligaciones conflictivas del individuo de cuidar a familiares enfermos u otros, cuando se decida sobre la imposición de sanciones.
- Asegurar que se sigan procedimientos justos antes de imponer sanciones.
- Prever un proceso de apelación para los profesionales sanitarios que han sido sancionados, ya sea durante o después del periodo pandémico.

Las consideraciones planteadas en este capítulo se refieren específicamente al personal sanitario. A fin de minimizar la alteración social que provoca una pandemia de gripe, los países pueden considerar también su pertinencia para trabajadores fuera del sector sanitario que proporcionen servicios esenciales. Entre ellos figuran los trabajadores de empresas de servicio público, los que trabajan en fábricas que producen suministros (médicos) indispensables y las personas que toman decisiones administrativas fundamentales.

RECUADRO 5**Personal sanitario: el Plan Canadiense contra la Gripe Pandémica para el Sector Sanitario**
(14)

En vez de centrarse exclusivamente en las obligaciones del personal sanitario, el Plan Canadiense contra la Gripe Pandémica para el Sector Sanitario (PCGP) proporciona orientación para mitigar la escasez previsible de trabajadores de salud durante una pandemia de gripe. El PCGP recomienda la creación de un equipo gestor de recursos humanos que se encargue de planificar y poner en práctica la gestión de los trabajadores durante una pandemia. Algunas consideraciones pertinentes para este proceso de planificación y ejecución son las responsabilidades ampliadas, nuevas o diferentes que puede exigirse que asuma el personal sanitario; la contratación de personal adicional para la respuesta a la pandemia (p.ej., médicos jubilados, estudiantes, terapeutas, técnicos, etc.), y la impartición de formación avanzada o de repaso para el personal sanitario y el nuevo personal en materias tales como planes contra la pandemia, cambios en las funciones y responsabilidades, supervisión de los voluntarios, gestión de la crisis y planificación para eventuales emergencias.

El PCGP también esboza las obligaciones recíprocas para con el personal sanitario. Debería ofrecerse un seguro de responsabilidad civil a los trabajadores y voluntarios a los que se exija que actúen fuera del alcance de su acreditación o autorización. Además, debería considerarse que el personal sanitario tiene una alta prioridad para inmunización durante una pandemia porque es crítico para la respuesta a ella. Los trabajadores de salud también deberían recibir apoyo personal y psicológico, asistencia familiar y protección laboral.

El PCGP reconoce que, bajo la legislación de emergencia, los gobiernos provinciales y federales pueden tener autoridad para designar a trabajadores de "Servicios esenciales" allí donde se haya declarado una emergencia y para exigir el tiempo de estos trabajadores con una compensación apropiada. Sin embargo, el PCGP también establece que compeler a los trabajadores debería preverse como un último recurso y sólo debería emplearse cuando se hayan revisado todos los demás métodos de obtener un número suficiente de trabajadores de salud para responder a una pandemia. Asimismo, el PCGP señala que puede no declararse un estado de emergencia y que, por tanto, debería llevarse a cabo una planificación dentro del sistema (en contraposición con una planificación institucional) con el fin de mitigar la escasez de personal sanitario.

6

Desarrollo de una respuesta multilateral a un brote de gripe pandémica

Hay varias razones para que los responsables de formular las políticas incorporen consideraciones internacionales en la planificación de la preparación para una pandemia de gripe. En primer lugar, el principio ético de la solidaridad (véase el Glosario) sugiere que los países deberían responder colectivamente cuando se identifiquen amenazas naturales para la salud. Segundo, los países tienen obligaciones de ayuda mutua de acuerdo con la legislación internacional, incluidas las leyes de derechos humanos; muchas de estas obligaciones se reafirman y detallan en el RSI de 2005 (12). Por último, una pandemia de gripe es intrínsecamente una crisis mundial: la ausencia de respuesta a una amenaza pandémica en un país acrecienta el riesgo para todos los demás. Así pues, el interés nacional de cada país exige contribuir a los esfuerzos internacionales para prevenir una pandemia de gripe o responder a ella.

Sin embargo, una cosa es acordar en principio que los países deberían ayudarse mutuamente antes y durante una pandemia de gripe, y otra muy distinta, elaborar los detalles de cómo debería articularse realmente tal cooperación. Puesto que los recursos serán limitados, es probable que los países se enfrenten a elecciones difíciles entre la necesidad de proteger a su propia población y apoyar los esfuerzos internacionales. La planificación anticipada a nivel internacional puede ayudar a los países a clarificar qué esperan unos de otros durante cada periodo (prepandémico, alerta pandémica, pandémico y pospandémico). Además, la cooperación internacional aumentará probablemente la eficacia de los planes nacionales de preparación.

La importancia de la cooperación internacional

Dado el impacto mundial de una pandemia de gripe, la cooperación y coordinación internacionales

y regionales en el desarrollo y aplicación de planes de preparación para la gripe pandémica serán esenciales si se pretende alcanzar una respuesta eficaz, especialmente en países con fronteras comunes (véase un ejemplo en el Recuadro 6). Además, la cooperación ayudará a elaborar planes técnicos y éticamente fundamentados, asegurará que los planes nacionales sean transparentes y contribuirá a su legitimidad. Los esfuerzos internacionales deberían incluir mecanismos para:

- Promover la cooperación interfronteriza en tareas de vigilancia e intercambio de información durante todos los periodos (prepandémico, alerta pandémica, pandémico y pospandémico).
- Facilitar la participación de los países con la OMS en los esfuerzos conjuntos de contención rápida (15) a fin de frenar, o al menos ralentizar, la propagación de la emergencia inicial de gripe pandémica.
- Evitar desigualdades de asistencia entre fronteras.
- Promover el intercambio oportuno y preciso de información científica.
- Promover la evaluación internacional o la revisión inter pares de los planes nacionales de preparación para la pandemia de gripe a través de un proceso público y transparente, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos.
- Promover los principios de un proceso justo, equidad y justicia global.

Compartir muestras y promover el acceso equitativo a intervenciones farmacéuticas

La cooperación internacional amplia en el **desarrollo y difusión de vacunas y tratamientos** obra en interés de todos los países, ya que tal cooperación ofrece las máximas posibilidades de minimizar el impacto mundial de una pandemia de gripe (16). De acuerdo con el principio de reciprocidad,

RECUADRO 6

Cuestiones internacionales: el plan belga de preparación para la gripe pandémica (17)

El plan belga de preparación para la gripe pandémica propugna una respuesta europea coordinada a la gripe pandémica. Una respuesta coordinada de este tipo podría evitar el riesgo de "mercadeo" médico, cuando las personas cruzan fronteras para acceder a tratamientos o vacunas no disponibles en su país de origen.

El plan nacional identifica desigualdades potenciales en las respuestas de los países por lo que se refiere a suministro de equipamiento protector y medidas terapéuticas y profilácticas, así como a asistencia hospitalaria, comunicación y comercio, y propone soluciones para una respuesta coordinada. Una respuesta coordinada también podría evitar la requisición del personal sanitario que ejerce fuera de su país de origen, una perspectiva que podría dejar a ciertos países con una escasez aún más grave de tales profesionales.

El plan establece que Bélgica brindará un trato igualitario a los extranjeros que residan en el país, sea cual sea su condición jurídica. Igualmente, las personas extranjeras serán sometidas a las mismas medidas de salud pública que las aplicables a los belgas. Los autores basan esta política en criterios de equidad y también en la necesidad de proteger a los ciudadanos belgas de la infección por individuos no tratados que vivan dentro de las fronteras nacionales. Bélgica anima a otros países europeos a adoptar una posición similar por lo que respecta a las personas extranjeras que vivan en su territorio.

cada país debería hacer lo que esté a su alcance para contribuir a este esfuerzo, comprendiendo que cabe esperar lo mismo del resto de la comunidad internacional. Por consiguiente, los países deberían:

- Seguir apoyando, potenciando y mejorando la Red Mundial de la OMS de Vigilancia de la Gripe y sus procedimientos mediante el intercambio oportuno de virus o muestras con los Centros Colaboradores de la OMS.
- Participar en el desarrollo y aplicación de marcos y mecanismos dirigidos a asegurar que los beneficios de salud pública se compartan de forma justa y equitativa entre todos los países, teniendo en cuenta especialmente las necesidades concretas de los países en desarrollo.

Asistencia a los países necesitados

Los responsables de formular las políticas nacionales e internacionales deberían establecer y evaluar mecanismos para proporcionar asistencia coordinada a los países necesitados. Estos mecanismos deberían:

- Abordar las necesidades de asistencia tanto financiera como técnica (p.ej., colaboración para diagnóstico de laboratorio).
- Incorporar criterios justos y objetivos para la prestación de asistencia.
- Ser aplicables a los países necesitados tanto durante como después de una pandemia de gripe.

- Facilitar valoraciones rápidas y decisiones oportunas.
- Considerar las contribuciones potenciales de agentes tanto gubernamentales como no gubernamentales.
- Asegurar que el apoyo se proporcione de una manera técnicamente fundamentada, sensible a las circunstancias sociales y culturales locales y en conformidad con los planes nacionales de preparación para una pandemia de gripe.
- Asegurar que, en la medida de lo posible, el apoyo internacional se proporcione después de una discusión y acuerdo con el país receptor o, si esto no es factible, con organizaciones internacionales como la OMS.

Cuestiones para los países que reciben asistencia

Los países que reciben asistencia financiera y/o técnica tienen el deber de utilizarla adecuadamente:

- Asegurando que los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades, no por razones políticas.
- Proporcionando gratuitamente las medicaciones y las vacunas para la gripe pandémica donadas con el fin de promover un acceso equitativo.
- Transfiriendo cualesquiera donaciones innecesarias a otros países que puedan utilizarlas.

Atención a las necesidades de todas las poblaciones, sea cual sea su condición jurídica en el país

Los mecanismos nacionales e internacionales de control deberían prestar especial atención a las **necesidades de todas las poblaciones**, sea cual sea su condición jurídica, en particular por lo que respecta al acceso a asistencia sanitaria. Estas poblaciones incluyen, entre otras:

- personas desplazadas
- refugiados
- peticionarios de asilo
- migrantes
- viajeros.

Políticas de comunicación

El Reglamento Sanitario Internacional (2005) es una normativa jurídicamente vinculante adoptada por la mayoría de los países para contener la amenaza de enfermedades que pueden propagarse rápidamente de un país a otro. De acuerdo con el RSI (2005), se exige que los Estados signatarios del Reglamento notifiquen a la OMS todos los sucesos “que puedan constituir una emergencia de salud pública de preocupación internacional” (ESPP). Esta obligación de notificación, ampliada desde el RSI de 1969 (18), incluye los riesgos de salud pública nuevos o en evolución, teniendo en cuenta el contexto en que ocurre el suceso, e incluye la gripe

humana causada por un nuevo subtipo de virus. Las notificaciones deben producirse durante las 24 horas siguientes a la valoración por parte del país, utilizando el instrumento de decisión proporcionado en el Anexo 2 del RSI (2005). Las notificaciones deben ir seguidas por la comunicación continua de información detallada de salud pública sobre el suceso; esto incluye, en la medida de lo posible, la definición de caso, resultados de laboratorio, origen y tipo del riesgo, número de casos y fallecimientos, condiciones que influyen en la propagación de la enfermedad y las medidas de salud adoptadas.

Aparte de la notificación internacional, con el fin de promover la comprensión pública y el apoyo de la colaboración internacional en los esfuerzos de respuesta a la pandemia, los gobiernos deberían establecer **políticas de comunicación coherentes y transparentes** (4) que:

- Promuevan la colaboración entre los países, especialmente a nivel regional.
- Expliquen la importancia de la cooperación internacional para minimizar los efectos sanitarios, sociales, industriales y económicos adversos de una pandemia de gripe y sus secuelas.
- Articulen cómo se fundamentan estos esfuerzos internacionales en los principios éticos y los derechos humanos.

Referencias bibliográficas

1. *Avian influenza: assessing the pandemic threat*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (WHO/CDS/2005.29) (http://www.who.int/csr/disease/influenza/WHO_CDS_2005_29/en/index.html, consultado el 1 de agosto de 2009).
2. University of Toronto Joint Centre for Bioethics. *Pandemic influenza and ethics – stand on guard for thee. A Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza*, 2005 (<http://www.utoronto.ca/jcb/home/documents/pandemic.pdf>, consultado el 1 de agosto de 2009).
3. *Ethical values for planning for and responding to a pandemic in New Zealand – a statement for discussion*. National Ethics Advisory Committee, Nueva Zelandia, 2006 (<http://www.neac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/neac-resources-publications-pandemic>, consultado el 1 de agosto de 2009).
4. *WHO outbreak communications guidelines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (<http://www.who.int/infectious-disease-news/IDdocs/whocds200528/whocds200528en.pdf>, consultado el 1 de agosto de 2009).
5. *WHO global influenza preparedness plan: The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005. WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5
Documento sustituido por:
Organización Mundial de la Salud. *Pandemic influenza preparedness and response*. WHO guidance document, Ginebra, 2009. (<http://www.who.int/csr/disease/influenza/csr/disease/influenza/PIPGuidance09.pdf>, consultado el 1 de agosto de 2009)
6. *WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (WHO/CDS/CSR/GIP 2005.4) (http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_4/en/, consultado el 1 de agosto de 2009).
7. *Swiss influenza pandemic plan 2006* (p. 246), Oficina Federal de Salud Pública, Suiza, 2006 (<http://www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/03058/index.html?lang=en>), consultado el 1 de agosto de 2009).
8. Ministerio de Salud. *New Zealand influenza pandemic action plan*. Wellington, Ministerio de Salud, 2006 (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-influenza-pandemic-action-plan-2006>, consultado el 1 de agosto de 2009).
9. Emanuel EJ, Wertheimer A. Public health. Who should get influenza vaccine when not all can? *Science*, 2006; 312:854–855. (<http://www.sciencemag.org/cgi/reprint/312/5775/854%20.pdf>, consultado el 1 de agosto de 2009).
10. Citizen voices on pandemic flu choices. A report of the public engagement pilot project on pandemic influenza, 2005 (<http://www.hhs.gov/PEPPPI/PEPPPICompleteFinalReport.pdf>, consultado el 1 de agosto de 2009).

11. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. *Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the international covenant on civil and political rights*. Anexo, 1985, UN Doc. E/CN.4/1985/4.
12. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA58.3. Revisión del Reglamento Sanitario Internacional (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-en.pdf, consultado el 1 de agosto de 2009).
13. Blendon RJ et al. Attitudes toward the use of quarantine in a public health emergency in four countries. *Health Affairs*, 2006; 25(2): w15–25.
14. *The Canadian pandemic influenza plan for health sector, Annex H: Resource management guidelines for health care facilities during an influenza pandemic*, 2006. Coordinado por Health Canada y la Public Health Agency. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/pdf-e/CPIP-2006_e.pdf (consultado el 1 de agosto de 2009).
15. *WHO Interim Protocol: Rapid operations to contain the initial emergence of pandemic influenza*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/draftprotocol/, consultado el 1 de agosto de 2009).
16. Organización Mundial de la Salud. *Sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits: Interdisciplinary Working Group on Pandemic Influenza Preparedness*. Informe del Director General. A/PIP/IGM/4, 9 de octubre de 2007 (http://www.who.int/gb/pip/pdf_files/PIP_IGM_4-en.pdf, consultado el 1 de agosto de 2009).
17. *Plan belge d'urgence pour une pandémie de gripe. Partie 2: Plan opérationnelle*. Comité de coordination interministériel Influenza, 2006. Capítulo 1, p. 1–9, y Anexo *Border problems in case of an influenza pandemic* (http://www.influenza.be/fr/operationeel_plan_fr.asp, consultado el 1 de agosto de 2009).
18. What are the International Health Regulations? Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 15 de junio de 2007 (<http://www.who.int/features/qa/39/en/index.html>, consultado el 1 de agosto de 2009).

ANEXO

Bibliografía adicional y enlaces

Recursos de la OMS

Addressing Ethical Issues in Pandemic Influenza Planning. Four discussion papers. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en preparación. Estará disponible en: (http://www.who.int/ethics/influenza_project/en/index.html, consultado el 1 de agosto de 2009).

Global consultation on addressing ethical issues in pandemic influenza planning. Summary of discussions, 24–25 October 2006, Geneva, Switzerland. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (WHO/CDS/EPR/GIP/2007.1) (http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_EPR_GIP_2007_1/, consultado el 1 de agosto de 2009).

WHO consultation on priority public health interventions before and during an influenza pandemic. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (WHO/CDS/CSR/RMD/2004.9) (http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/consultation/en/, consultado el 1 de agosto de 2009).

WHO guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (WHO/CDS/CSR/RMD/2004.8) (http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_RMD_2004_8/en/, consultado el 1 de agosto de 2009).

Avian influenza: WHO Guidelines, recommendations, descriptions. Lista completa en orden cronológico en: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/en/index.html (consultado el 1 de agosto de 2009).

Página web de la OMS sobre la gripe: <http://www.who.int/csr/disease/influenza/en/index.html> (consultado el 1 de agosto de 2009).

Página web de la OMS sobre el Reglamento Sanitario Internacional (2005): <http://www.who.int/csr/ihr/en/> (consultado el 1 de agosto de 2009).

Puede encontrarse un enlace con algunos de los Planes Nacionales contra la Pandemia de Gripe publicados en: <http://www.who.int/csr/disease/influenza/nationalpandemic/en/index.html> (consultado el 1 de agosto de 2009).

Otros recursos fundamentales

New Zealand National Ethics Advisory Committee

Getting through together: ethical values for a pandemic. El National Ethics Advisory Committee – Kahui Matatika o te Motu (NEAC) ha completado su trabajo sobre valores éticos para una pandemia. *Getting through together* subraya el uso de valores compartidos para ayudar a las personas a cuidar de sí mismas, sus *whanau* (familia extensa) y sus vecinos, así como el uso de valores compartidos para tomar decisiones en situaciones de demanda desbordante. *Getting through together* también ofrece orientación sobre algunas cuestiones éticas fundamentales en caso de una pandemia (<http://www.neac.health.govt.nz>, consultado el 1 de agosto de 2009).

UK Department of Health

The ethical framework for the response to pandemic influenza. El marco ético está concebido para ayudar a los planificadores y responsables de formular las políticas estratégicas en los aspectos éticos de las decisiones a que se enfrentan antes, durante y después de una pandemia de gripe. También puede ayudar a los médicos y otros trabajadores de salud y de asistencia social en las decisiones que deben tomar en el mismo contexto (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073179, consultado el 1 de agosto de 2009).

CDC de EE UU

Ethical guidelines in pandemic influenza. Como parte de su planificación para un posible brote de gripe pandémica, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) trabajaron con el Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director a fin de identificar consideraciones éticas pertinentes para la toma de decisiones de salud pública durante la planificación para la gripe pandémica y la respuesta a ella (<http://www.cdc.gov/od/science/phec/guidelinesPanFlu.htm>, consultado el 1 de agosto de 2009).

Documentos de la reunión de Bellagio

Con apoyo de la Fundación Rockefeller, un grupo internacional de expertos se reunió en Bellagio (Italia) del 24 al 28 de julio de 2006 para examinar cuestiones de justicia social y la amenaza de una pandemia de gripe aviar y humana, con atención especial a las necesidades e intereses de los más desfavorecidos en el mundo (<http://www.hopkins-medicine.org/bioethics/bellagio>, consultado el 1 de agosto de 2009).

Plate-forme veille et réflexion "Pandémie grippale, éthique, société"

Este sitio web es una iniciativa del "Espace éthique" y la "Université Paris-Sud 11" dedicada a los aspectos éticos de una posible pandemia de gripe (en francés) (<http://www.espace-ethique.org/fr/grippe.php>, consultado el 1 de agosto de 2009).

Provincial Health Ethics Network

La Provincial Health Ethics Network es una organización imparcial y no lucrativa que proporciona recursos a las personas de Alberta (Canadá) para apoyar análisis sistemáticos y en profundidad de cuestiones éticas en el sistema sanitario (<http://www.phen.ab.ca/pandemicplanning/>, consultado el 1 de agosto de 2009).

Quebec Public Health Ethics Committee (Comité d'éthique de santé publique, CESP)

Opinión sobre la dimensión de salud pública del plan de Québec para luchar contra la gripe pandémica (en francés) ([http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/ethiqSP.nsf/22f2ea9b71e5846d85256d0a00761591/35570c61afcd975685256ead00636ccc/\\$FILE/AVIS_PQLPI-MS_vf.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/ethiqSP.nsf/22f2ea9b71e5846d85256d0a00761591/35570c61afcd975685256ead00636ccc/$FILE/AVIS_PQLPI-MS_vf.pdf), consultado el 1 de agosto de 2009).

