



CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES
GILBERTO BOSQUES

**Reunión de la Comisión de
Salud del Parlamento
Latinoamericano y
Caribeño**

Willemstad, Curazao

14 y 15 de marzo de 2019



Serie América

N° 17



CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES
GILBERTO BOSQUES
DIPLOMACIA PARLAMENTARIA



REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO

Willemstad, Curazao
14 y 15 de marzo de 2019



Serie: América

N° 17



DIPLOMACIA PARLAMENTARIA

**REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD DEL PARLAMENTO
LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO**
Willemstad, Curazao
14 y 15 de marzo de 2019

ÍNDICE

I. Información General	4
II. Programa de la Reunión	8
III. El Parlamento Latinoamericano y Caribeño (Parlatino)	12
IV. Documentos de Apoyo	22
• Resumen del Acta de la XXIX Reunión de la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano y Caribeño. Ciudad de Panamá, 25 y 26 de octubre de 2018.	24
• Nota Informativa. Riesgos de la Minería Formal e Informal. Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.	26
• Proyecto de Ley Modelo en Materia de Producción Pública de Medicamentos para América Latina. Documento aportado por Parlatino.	32
• Nota Informativa. Acceso a Medicamentos y Estudios de Alto Costo en América Latina. Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.	36
• Nota Informativa. Envejecimiento Demográfico en la Región de América Latina y el Caribe. Acciones para la Protección de los Adultos Mayores. Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.	43
• Nota Informativa. Enfermedades Producidas por Arbovirosis (Dengue, Chikungunya, Zika y Fiebre Amarilla). Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.	52
• Ficha Técnica sobre el <i>Caribbean Research and Management of Biodiversity (CARMABI)</i> . Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.	65
V. Ficha Técnica de Curazao	66
• Información General.	68
• Estructura del Sistema Político.	69
• Contexto Político.	70
• Política Exterior.	72
• Situación Económica.	73
VI. Ficha Técnica de México	76
VII. Anexo.	84
• Ley Modelo para el Control de Poblaciones de Insectos Transmisores de Arbovirus. Parlamento Latinoamericano y Caribeño.	



I. Información General

Proporciona información general referente al lugar y sede de la reunión, tales como los datos de la Embajada de México en el país anfitrión, hotel y pronóstico del clima, entre otros.



INFORMACIÓN GENERAL

Embajada de México ante el Reino de los Países Bajos

Señor Mauricio Torres Córdova, Jefe de Cancillería y Asuntos Políticos.

Dirección: Nassauplein 28, 2585 EC. La Haya, Países Bajos.

Horario: lunes a viernes de 09:00 a 13:00 y de 14:00 a 18:00.

Correo: mtorres@embamex.nl

Teléfono de atención al público: +31(0)70-360-2900

Teléfono de emergencias¹: +31(0)61-088-5120

Twitter: @EmbaMexNL

Consulado Honorario en Curazao

Cónsul Ralph Gregory Obersi

Dirección: Schottegatweg Noord 35, Willemstad, Curazao.

Correo: info@mexcur.com

Sede del evento

Hotel Hilton Curazao

Dirección: John F. Kennedy Boulevard 2133, Willemstad, Curazao.

Teléfono: +599 9 462 5000

Diferencia de horario: México tiene 2 horas menos que Curazao.

Tipo de cambio al 1 de marzo de 2019: 1 dólar – 1.78 florín antillano neerlandés.

Pronóstico del clima para la ciudad de Willemstad, Curazao:



¹ Solamente en horarios y días no hábiles.

Voltaje:

- Voltaje: 127 V
- Frecuencia: 50 Hz
- Clavijas: tipo A / B

Las clavijas a utilizar en Curazao son del tipo A / B:



Tipo A: “Clavijas japonesas A”



Tipo B: A veces válido para “Clavijas A”

Ambas clavijas son las de uso común en México.



II. Programa de la Reunión





**REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD
PARLAMENTO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO
Curaçao, 14 y 15 de marzo de 2019**

AGENDA PRELIMINAR

Presidente: Diputado Luis Velázquez Pérez, Cuba
1er. Vicepresidente: Asambleísta Manuel Ochoa, Ecuador
Secretario: Congresista Hernando Isael Cevallos Flores, Perú

13 DE MARZO	
	Llegada de los parlamentarios y traslado al hotel.
14 DE MARZO	
08:30	Traslado de los parlamentarios al lugar de la reunión.
09:00	Acto de Instalación Autoridades de Curaçao: Autoridades de PARLATINO Dip. Rolando González Patricio, Secretario de Comisiones del Parlatino Presidentes de comisiones. Dip. Julio César Longo, Presidente de la Comisión de Medio Ambiente y Turismo. Dip. Issa Kort, Presidente Comisión de Energía y Minas. Dip. Luis Velázquez Pérez, Presidente Comisión de Salud. Video conferencia sobre Riesgo de Minería tanto formal como informal (por confirmar)
10:00	Inicio de la reunión: Designación de un Secretario Relator. Tema I Análisis y organización del Plan de trabajo de la Comisión y proyecciones de trabajo hasta 2020. Nuevas estrategias de trabajo y proyecciones hacia 2020.
11:00	Receso para refrigerio.

11:15	Tema II Seguimiento a la aprobación de la Ley Modelo sobre accesibilidad de los medicamentos y de los estudios de alto costo en los países de la región de América Latina y el Caribe.
13:00	Almuerzo.
14:30	Tema III Evaluación del estado del envejecimiento demográfico. Situación de América Latina y el Caribe. Tratamiento y accesibilidad al mismo. Estrategia y Prevención.
16:00	Receso para café.
16:15	Continuación del Tema III Evaluación del estado del envejecimiento demográfico. Situación de América Latina y el Caribe. Tratamiento y accesibilidad al mismo. Estrategia y Prevención.
18:00	Fin de la Jornada.
15 DE MARZO	
08:30	Traslado de los parlamentarios al lugar de la reunión.
09:00	Tema IV.- Enfermedades que afectan a la región. Arbovirosis y otras afecciones. Estado Epidemiológico y prevención y revisión de la aplicación de la Ley Modelo creada al respecto.
11:00	Receso para café.
11:15	Tema V. Formación de grupos de trabajo integrado por parlamentarios para temas de prioridad de la Comisión en áreas como envejecimiento demográfico, afecciones por arbovirus en América Latina y el Caribe, enfermedades huérfanas, etcétera.
12:30	Almuerzo.
14:00	Visita al <i>Caribbean Research and Management of Biodiversity (CARMABI)</i> .

III. El Parlamento Latinoamericano y Caribeño (Parlatino)

Nota informativa que describe al Parlamento Latinoamericano y Caribeño y su composición, así como la participación de México en dicho Foro.



EL PARLAMENTO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO (PARLATINO)

Nota Informativa²

El Parlamento Latinoamericano y Caribeño (Parlatino) es un Organismo autónomo de carácter regional, el cual, desde su fundación, ha buscado ser un mediador en los distintos conflictos entre sus países integrantes, es también un defensor de los principios de integración, no intervención, y autodeterminación de los pueblos que se encuentran en el centro de la política exterior de sus miembros.

Este foro se constituyó formalmente el 10 de diciembre de 1964 mediante la Declaración de Lima, y el 16 de noviembre de 1987 se firmó el Tratado de Institucionalización del Parlamento Latinoamericano, en cuyo Artículo 1° quedó establecido como “(...) un organismo regional, permanente y unicameral, integrado por los Parlamentos Nacionales de los países soberanos e independientes de América Latina y el Caribe, elegidos democráticamente mediante sufragio popular (...)”. Sus principios permanentes son:

- La defensa de la democracia;
- La integración latinoamericana y caribeña;
- La no intervención;
- La autodeterminación de los pueblos;
- La pluralidad política e ideológica como base de una comunidad latinoamericana democráticamente organizada;
- La igualdad jurídica de los Estados;
- La condena a la amenaza y al uso de la fuerza contra la independencia política y la integridad territorial de cualquier Estado;
- La solución pacífica, justa y negociada de las controversias internacionales;
- La prevalencia de los principios de derecho internacional referentes a las relaciones de amistad y a la cooperación entre los Estados.

Entre sus propósitos, están:

- Velar por el estricto respeto a los derechos humanos;
- Defender la plena vigencia de la libertad, la justicia social, la independencia económica y el ejercicio de la democracia representativa y participativa, con elecciones libres y transparentes y con estricto apego a

² Elaborada en el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.

los principios de la no intervención y de la libre autodeterminación de los pueblos y la vigencia del Estado de Derecho.

- Fomentar el desarrollo económico y social de la comunidad latinoamericana y pugnar porque alcance la plena integración económica, política, social y cultural de sus pueblos;
- Luchar por la supresión de toda forma de colonialismo, neocolonialismo, racismo y cualquier otra clase de discriminación en América Latina y el Caribe;
- Estudiar, debatir y formular políticas de solución a los problemas sociales, económicos, culturales, ambientales y de política exterior de la comunidad latinoamericana y caribeña;
- Contribuir a la consecución de la paz, la seguridad y el orden jurídico internacionales, denunciando y combatiendo el armamentismo y la agresión de quienes sustenten la política de la fuerza, que son incompatibles con el desarrollo económico, social, cultural, tecnológico y ambiental de los pueblos de América Latina y el Caribe;
- Propugnar por el fortalecimiento de los parlamentos de América Latina y el Caribe, garantizando así la vida constitucional y democrática de los Estados,
- Impulsar la armonización legislativa mediante la elaboración de proyectos de leyes modelo.

Los idiomas oficiales de trabajo son el español y el portugués, y su sede actualmente se encuentra en Panamá.

Cabe mencionar que sus principios no son sólo una declaración abstracta puesto que se ven materializados en propuestas legislativas por medio de Leyes Modelo.

Actualmente, el Parlatino cuenta con 23 Países Miembros: Argentina, Aruba, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Isla de San Martín, Surinam, Uruguay y Venezuela.

Descripción General del Tratado de Institucionalización del Parlamento Latinoamericano

El Tratado consta de nueve artículos, a saber:

Artículo I. El Parlamento; Artículo II. Principios; Artículo III. Propósitos; Artículo IV. Los Miembros; Artículo V. Órganos; Artículo VI. Personalidad y Prerrogativas; Artículo VII. Gastos; Artículo VIII. Sede y Artículo IX. Clausulas Finales.³

El Artículo V, denominado “Órganos”, estipula la composición y las funciones de los órganos que compondrán el Parlatino: la Asamblea, la Junta Directiva, las Comisiones Permanentes y la Secretaría General.

A continuación, se presenta un resumen de las funciones de cada uno de estos órganos:

La Asamblea

La Asamblea es el órgano principal del Parlatino y está integrada por todos los Estados Partes del Tratado de Institucionalización, los cuales se reúnen ordinariamente cada año en la Sede Permanente. Las delegaciones nacionales están compuestas por un número máximo de doce miembros que deben ser proporcionales a los partidos políticos o grupos parlamentarios de sus respectivas legislaturas las cuales cuentan con derecho a voto.⁴

Para sesionar la Asamblea requiere de la asistencia de más de la mitad de los Parlamentos miembros, cuyos delegados representen, por lo menos, un tercio del total de votos.

En el ámbito de sus atribuciones, la Asamblea aprueba los acuerdos, las recomendaciones o resoluciones y tiene, asimismo, la facultad de suspender a un Parlamento miembro cuando no se cumplan los requisitos establecidos en el Tratado.⁵

La Asamblea elige al Presidente, al Presidente Alterno, al Secretario General, al Secretario General Alterno, al Secretario de Comisiones, al Secretario de Relaciones Interparlamentarias y al Secretario de Relaciones Interinstitucionales del Parlamento Latinoamericano y Caribeño.

Como parte de sus funciones destacan las de:

- a) Fijar las líneas generales y prioritarias de actuación del Foro;
- b) Resolver, por las dos terceras partes de los votos presentes, las solicitudes de admisión o ingreso de Parlamentos nacionales;

³ Parlamento Latinoamericano y Caribeño. “Tratado de Institucionalización del Parlamento Latinoamericano”, 2016. Consultado el 11 de octubre de 2018 en: <http://parlatino.org/pdf/documentos/tratado-institucionalizacion-parlatino.pdf>

⁴ Parlamento Latinoamericano y Caribeño, “Parlatino, Órganos Principales”, 2016. Consultado el 11 de octubre de 2018 en: <http://parlatino.org/es/organos-principales/la-asamblea>

⁵ *Ídem.*

- c) Resolver, por las dos terceras partes de los votos presentes, las solicitudes que le haga llegar la Mesa Directiva, referentes a la suspensión de un Parlamento miembro;
- d) Resolver, por las dos terceras partes de los votos presentes, a solicitud de por lo menos cinco Parlamentos miembros, lo referente a la destitución de los miembros que integran la Mesa Directiva;
- e) Aprobar las cuotas que los Parlamentos nacionales deberán contribuir para el funcionamiento del Parlamento Latinoamericano;
- f) Elegir los miembros del Consejo Consultivo.⁶

La Junta Directiva

La Junta Directiva está integrada por un Presidente, un Presidente Alterno, un Secretario General, un Secretario General Alterno, un Secretario de Comisiones, un Secretario de Relaciones Interparlamentarias, un Secretario de Relaciones Interinstitucionales, un Presidente Delegado y 23 Vicepresidentes (uno por cada Congreso miembro).⁷ La Junta se reúne dos veces al año y es la máxima autoridad cuando no esté sesionando la Asamblea.⁸

Como parte de sus funciones, la Junta Directiva deberá promover el acercamiento e ingreso de los Parlamentos Nacionales de los Estados latinoamericanos y caribeños que no forman parte de la Organización; resolver las solicitudes de admisión o ingreso; transmitir a la Asamblea la solicitud de suspensión por cinco o más Parlamentos miembros en contra de algún Parlamento; y elaborar o encomendar la preparación de los documentos de trabajo sobre los temas de las agendas.⁹

Miembros de la Mesa Directiva 2017-2018	
Presidencia	Diputado Elías Castillo-Panamá
Presidencia Alternativa	Asambleísta José Serrano -Ecuador
Secretaría General	Diputado Pablo González-Uruguay
Secretaría de Comisiones	Diputado Rolando González Patricio-Cuba
Secretaría Alterna de Comisiones	Senador Juan Mario País-Argentina
Secretaría de Relaciones Interparlamentarias	Vacante ¹⁰
Secretaría de Relaciones Interinstitucionales	Senador Jorge Pizarro-Chile

Fuente: Elaboración propia a partir de Parlamento Latinoamericano y Caribeño "Parlatino, Junta Directiva, Listado de Miembros". En: <http://parlatino.org/wp-content/uploads/2018/05/mesa2018.jpg>

⁶ *Ídem.*

⁷ La Vicepresidenta por México es la Senadora Vanessa Rubio.

⁸ Parlamento Latinoamericano y Caribeño "Parlatino, Órganos Principales"2016. Consultado el 11 de octubre de 2018 en: <http://parlatino.org/es/organos-principales/la-junta-directiva>

⁹ *Ídem.*

¹⁰ Esta posición fue ocupada por la entonces Senadora mexicana María del Rocío Pineda Gochi de noviembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, y ha quedado vacante por el inicio de una nueva Legislatura del Congreso de la Unión.

Las Comisiones Permanentes

Las trece Comisiones Permanentes son consideradas en su conjunto como el órgano especializado del Parlamento Latinoamericano y Caribeño, siendo responsables del análisis, estudio e investigación sobre temas políticos, sociales, económicos, culturales, jurídicos, laborales, derechos fundamentales, sanitarios, ambientales, agropecuarios, servicios públicos, corrupción y todos aquellos que en común interesan a América Latina y el Caribe.¹¹

Están integradas por un Presidente y por dos Vicepresidentes designados por la Junta Directiva para un periodo de dos años. Cabe mencionar que, por resolución de la XIX Asamblea Ordinaria del Parlatino celebrada en São Paulo los días 7 y 8 de noviembre del 2002, la Junta Directiva decidió reducir de 21 Comisiones Permanentes a solo 13 Comisiones, las cuales están integradas en los Artículo Quinto del Tratado de Institucionalización a saber:

Comisión de Agricultura, Ganadería y Pesca.

Objetivo:

La Comisión está encargada de buscar el desarrollo agropecuario, agroindustrial, forestal, ictícola, biotecnológico del cultivo de la tierra, ríos y del mar en cada uno de los países o conjuntamente de la región.

Comisión de Asuntos Económicos, Deuda Social y Desarrollo Regional.

Objetivo:

Es la encargada de las estructuras económicas en la región, políticas de desarrollo, crecimiento y bienestar, procesos de integración, comercio exterior y reconversión industrial, financiamiento general, gasto público, inversión privada, precios y salarios entre otros.

Comisión de Asuntos Políticos, Municipales y de la Integración.

Objetivo:

Se encarga del estudio de la integración entre los municipios y su vinculación con las respectivas Asambleas estatales, departamentales y con el Parlamento nacional. De igual forma, acuerda lo relativo a la estabilidad, evolución y desarrollo del régimen democrático en América Latina y el Caribe.

Comisión de Derechos Humanos, Justicia y Políticas Carcelarias.

Objetivo:

Busca analizar lo relativo a la promoción, resguardo, protección y defensa de los derechos de las personas en la región. Al mismo tiempo, elabora propuestas sobre políticas de prevención del delito, humanización de la justicia penal, tratamiento del delincuente y regímenes carcelarios.

¹¹ Parlamento Latinoamericano y Caribeño, "Parlatino, Órganos Principales, Comisiones Permanentes", 2016. Consultado el 11 de octubre de 2018 en: <http://parlatino.org/es/organos-principal/comisiones-permanentes>

Comisión de Educación, Cultura, Ciencia, Tecnología y Comunicación.

Objetivo:

Es la encargada de la creación y desarrollo de los valores culturales, defensa del patrimonio cultural de los pueblos y del progreso de los sistemas educativos latinoamericanos.

Comisión de Energía y Minas.

Objetivo:

Atiende el estudio y genera recomendaciones en lo referente a las fuentes convencionales y no convencionales de energía; las políticas y procedimientos de exploración y explotación minera; el impacto ambiental y el agotamiento de recursos no renovables y recursos estratégicos.

Comisión de Asuntos Laborales, Previsión Social y Asuntos Jurídicos.

Objetivo:

La Comisión se encarga de los asuntos relacionados con políticas de trabajo, empleo y salario.

Comisión de Medio Ambiente y Turismo.

Objetivo:

Tiene a su cargo la promoción, salvaguarda y aseguramiento de la biodiversidad latinoamericana.

Comisión de Equidad de Género, Niñez y Juventud.

Objetivo:

Dicha Comisión es la encargada de lograr la participación de la mujer en igualdad de oportunidades y derechos así como velar por la protección de los derechos humanos de niños y jóvenes.

Comisión de Pueblos Indígenas y Etnias.

Objetivo:

Su principal propósito es contribuir a la participación de las comunidades indígenas y otras etnias en los países de América Latina y Caribe. De igual forma, prioriza el rescate y desarrollo de las manifestaciones culturales de las comunidades indígenas y etnias.

Comisión de Salud.

Objetivo:

Su principal propósito es la prevención y recuperación de la salud de los habitantes en América Latina y el Caribe. Como parte de sus funciones, abarca lo referente a la salud pública y saneamiento ambiental.

Comisión de Seguridad Ciudadana, Combate y Prevención al Narcotráfico, Terrorismo y el Crimen Organizado.

Objetivo:

Dicha Comisión hace recomendaciones sobre políticas para la lucha contra la producción, el comercio y el consumo ilegal de estupefacientes. Por otra parte,

aconseja la adopción de medidas para prevenir y combatir los actos, métodos y prácticas terroristas.

Comisión de Servicios Públicos y Defensa del Usuario y el Consumidor

Objetivo:

Es la encargada del desarrollo de las estructuras que garantizan la prestación y regulación de los servicios básicos. De igual forma, hace propuestas para la resolución de conflictos de servicios públicos y proposiciones para la resolución de conflictos con consumidores.

Proyectos de Leyes Marco¹² o Leyes Modelo aprobadas por el Parlatino

Una de las acciones más significativas, y quizá incluso una de las más difíciles que debe realizarse dentro del proceso de integración, es la armonización y homologación legislativa. El Parlatino, fundamentalmente a través de sus Comisiones Permanentes y con apoyo de los Organismos Internacionales con los que tiene acuerdos de cooperación interinstitucional, ha elaborado proyectos y propuestas de Leyes Marco o Leyes Modelo en temas tan diversos como la salud, el crimen cibernético, comunidades indígenas, afrodescendientes, derechos de la Madre Tierra, gestión de riesgo de desastres, protección contra la violencia feminicida, derecho a la alimentación, combate y prevención de la trata de personas, cambio climático, pesca artesanal entre otras.

México en el Parlatino

México ha formado parte del Parlatino desde su creación y tiene un papel preponderante dentro de las Comisiones y órganos directivos, siendo promotor de Leyes Marco.

El Congreso mexicano ha presidido en tres ocasiones al Parlatino: la primera fue del 25 de abril de 1977 al 16 de julio de 1979, con el Diputado Augusto Gómez Villanueva y sustituido por el Diputado Víctor Manzanilla Schaffer. La segunda ocasión en que México presidió el Organismo fue del 18 de marzo de 2000 al 8 de noviembre de 2002, con la entonces Senadora Beatriz Paredes Rangel. La tercera ocasión estuvo a cargo de la entonces Senadora Blanca Alcalá Ruiz (2015-2017).

México ha ocupado la Secretaría General en dos periodos consecutivos del 2011 al 2012 y del 2012 al 2015, así como la Secretaría de Comisiones a través de la Senadora María de los Ángeles Moreno Uriegas del 2006 al 2010. De manera

¹² La expresión "Ley Marco" comprende todo acto legislativo aprobado por los Órganos del Parlamento Latinoamericano con el objetivo de establecer criterios normativos para alcanzarse en los Países Miembros en pos de la armonización legislativa, pilar ineludible de la integración y la cooperación entre legisladores de la región en la construcción de normas de avanzada tendientes a reafirmar los principios y propósitos del Parlamento Latinoamericano. (Art. 1 Res. AO/2008/01). No obstante, las Leyes Marco no tienen carácter vinculante y dependerá de casa país, adoptarlas, acoplarlas y aprobarlas para convertirlas en ley.



reciente, ocupó la Secretaría de Relaciones Interparlamentarias con la entonces Senadora María del Rocío Pineda Gochi (noviembre de 2017-agosto de 2018).

IV. Documentos de Apoyo

Este apartado se encuentra integrado por un resumen del Acta de la reunión anterior de la Comisión, documentos aportados por el Parlatino y notas informativas relacionadas a los temas incluidos en la agenda elaboradas por el CEIGB.



RESUMEN DEL ACTA DE LA XXIX REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO

Ciudad de Panamá, 25 y 26 de octubre de 2018

Los días 25 y 26 de octubre de 2018, en la Ciudad de Panamá, se reunió la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano y Caribeño, en donde estuvieron presentes parlamentarios de Bolivia, Brasil, Chile, Curazao y Ecuador. Por parte de México se contó con la participación de la Senadora Alejandra del Carmen León Gastélum.

El primer tema que se trató fue la accesibilidad de los medicamentos y de los estudios de alto costo en los países de la región de América Latina y el Caribe. La delegación de Ecuador mencionó que el proyecto constituye un incentivo para que los gobiernos establezcan sus propios laboratorios como una medida para tener mayor acceso a los medicamentos. Igualmente, se señaló que, si el Estado no es capaz de proporcionar subsidios a los medicamentos, tiene que intervenir el sector privado, garantizando este proceso por medio de alianzas con países más avanzados en la industria de los medicamentos, por lo que se sugirió un Proyecto “Público-Privado” en el tema.

De igual manera, se mencionó que países como Curazao, al ser pequeños y carecer de desarrollo científico, necesitan de alianzas con otros países para tener mejor acceso a los medicamentos. Al respecto, la Senadora León Gastélum apuntó la diferencia entre subsidiar e incentivar, argumentando que “incentivar lo público no va en detrimento de la producción privada”, refiriéndose también a que garantizar el acceso a los medicamentos no implica necesariamente su producción.

Posteriormente, los parlamentarios dieron a conocer algunos ejemplos de iniciativas y leyes sobre el tema en sus respectivos países. Al final del debate, se aprobó por unanimidad el proyecto de Ley.

En lo que respecta al segundo tema, el proyecto de Declaración: “Cooperación en Ciencia y Tecnología para buscar la integración en Salud”, dado que ya había sido presentado y discutido, correspondía únicamente darle lectura y someterlo a votación, y finalmente fue aprobado por unanimidad.

En cuanto al tercer tema, Informe por país sobre el seguimiento a las leyes modelo de la Comisión de Salud aprobadas en Parlatino, los parlamentarios presentes dieron a conocer las leyes que están vigentes en sus respectivos países surgidas de este organismo. En el caso de México, la Senadora León Gastélum mencionó que se han retomado leyes como la de etiquetados de productos, medicamentos genéricos y lactancia materna.

Finalmente, el cuarto tema trató sobre las propuestas de nuevos temas y lugares para la celebración de reuniones en 2019. Para las propuestas, México planteó



el impacto de la migración en la salud, el cual fue considerado como de alta prioridad; después de una discusión sobre los temas para la agenda de la Comisión en el año se aceptó la propuesta mexicana, así como el seguimiento a los avances de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Salud; *cannabis*; y riesgo de salud y agroalimentación. Finalmente se propuso Curazao y de manera alternativa a México para realizar las próximas reuniones.

RIESGOS DE LA MINERÍA FORMAL E INFORMAL

Nota Informativa¹³

Resumen

La nota informativa hace referencia a la relevancia de la minería para América Latina y el Caribe, así como a los riesgos que entrañan la minería formal e informal, resaltando algunas implicaciones económicas, ambientales y sociales. De igual forma, se retoman algunas recomendaciones emitidas por expertos para abatir las problemáticas de la minería de pequeña escala y artesanal, en gran medida informal, a fin de implementar un enfoque integral que incorpore consideraciones de orden social y, a su vez, componentes técnicos-económicos.

Introducción

La minería es una de las actividades humanas más antiguas que consiste en la obtención selectiva de minerales y otros materiales a partir de la corteza terrestre. En los orígenes, ésta tuvo un carácter rudimentario al desenterrar el sílex u otras rocas y a medida que se vaciaban los yacimientos de la superficie, el hombre comenzó a adquirir la capacidad de realizar excavaciones más profundas, originando la minería subterránea.¹⁴

El Ministerio de Minas y Energía de Colombia define a la “minería” como la “ciencia, técnicas y actividades que tienen que ver con el descubrimiento y la explotación de yacimientos minerales”. En la práctica, las actividades de la minería se realizan en operaciones a cielo abierto, canteras, dragado aluvial y operaciones combinadas que incluyen el tratamiento y la transformación bajo tierra o en superficie.¹⁵

Al adquirir una mayor complejidad han surgido otras clasificaciones, tales como la minería a granel, marina, de subsistencia, formal, informal, legal, ilegal y étnica. En este tono, la minería formal es aquella “conformada por unidades de explotación de tamaño variable, explotadas por empresas legalmente constituidas”. En contraposición, la minería informal es la “constituida por las unidades de explotación pequeñas y medianas de propiedad individual y sin ningún tipo de registros contables”.¹⁶

La minería ha sido un elemento clave para el progreso económico, técnico e industrial de un gran número de países y, por ende, con evidentes repercusiones ambientales, laborales y sociales. En su caso, la región de América Latina y el

¹³ Nota Informativa elaborada por el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado de la República.

¹⁴ Ministerio de Minas y Energía de Colombia. *Glosario técnico minero*. 2003. Consultado el 26 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2khrTpA>

¹⁵ *Ídem*.

¹⁶ *Ídem*.

Caribe tiene importantes reservas de minerales a nivel mundial, por ejemplo, de litio (65%), cobre (39%), níquel (32%), plata (32%), estaño (25%), molibdeno (25%) y oro (11%), entre otras. Especialmente, México tiene una participación de 6% y de 3% de las reservas de cobre y oro, respectivamente.¹⁷

En la óptica de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la región se ha consolidado como exportadora neta de dichos recursos, con lo que ha afianzado su especialización primario-exportadora. Sin embargo, esta actividad también ha ocasionado pérdidas del patrimonio natural y ha venido acompañada de amenazas en torno a la sostenibilidad ambiental.¹⁸

En otros datos a considerar acerca de la estructura del comercio de minerales y metales, Brasil, Chile, México y Perú concentran el 85% de las exportaciones, si bien México participa en un 47% de las importaciones.¹⁹

Entre 2003 y 2017 ingresaron al sector de la minería 171 mil millones de dólares de inversión extranjera directa (IED) a nivel regional. Por país, estos flujos se concentraron en Chile (40%), Brasil (24%), México (15%), Colombia (14%), República Dominicana (3%), Ecuador (2%) y Panamá (1%).²⁰

Los riesgos de la minería formal e informal

Por su propia naturaleza, la minería es considerada como un trabajo peligroso para las personas involucradas, en razón de la convergencia de los múltiples riesgos:²¹

- 1) físicos (caída de rocas, incendios, explosiones, inundaciones, derrumbamiento y electrocución, vibración, calor, exposición a la radiación ultravioleta, calor, humedad, etcétera).
- 2) químicos (presencia de gases, vapores, asbesto, partículas de diésel, polvos de carbón y sílice cristalina).
- 3) biológicos (virus, bacterias y parásitos).
- 4) ergonómicos (riesgos derivados de los procesos manuales y de las jornadas laborales prolongadas).
- 5) psicosociales (que tienen como origen el estrés causando mal humor, falta de energía, de atención y concentración, y abuso de drogas y alcohol).
- 6) de seguridad.

¹⁷ Alicia Bárcena. *Estado de situación de la minería en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades para un desarrollo más sostenible*. 20 de noviembre de 2018. CEPAL. Consultado el 26 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2StnnBp>

¹⁸ *Ídem*.

¹⁹ *Ídem*.

²⁰ Datos de Brasil, Chile (hasta 2016), Colombia (incluye minería de carbón), Ecuador (minas y canteras), Honduras, México, Nicaragua, República Dominicana, y Panamá, Paraguay y Uruguay (hasta 2016). *Ídem*.

²¹ Secretaría del Trabajo y Previsión Social. *Seguridad y Salud en el Trabajo en México: Avances, retos y desafíos*. 2017. Consultado el 26 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2HmaWDx>

De forma evidente, estos elementos tienen efectos perjudiciales tanto para el medio ambiente como para la salud y la propia vida de las mujeres y los hombres que trabajan en este sector, ya sea por los accidentes y las lesiones que pueden sufrir y por las enfermedades a las que están expuestos, incluidas otras perturbaciones a la integridad del trabajador.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) calcula que unos 30 millones de personas trabajan en la minería, equivalente al 1% de la fuerza de trabajo mundial. De ellos, cerca de 10 millones trabajan en la producción de carbón y otros 6 millones en la minería de pequeña escala.²²

Sucesivamente, la OIT estima que 8% de los accidentes mortales en el trabajo ocurren en el sector minero. Por otra parte, señala que las cifras de lesiones son considerables, si bien no existen datos fiables, como es el número de trabajadores afectados por enfermedades profesionales causantes de discapacidades, entre ellas, las enfermedades pulmonares -neumoconiosis-, la pérdida de la audición y otros padecimientos por efectos de las vibraciones.²³

La OIT ha dirigido la atención al hecho de que en algunos países hay muchas más personas empleadas en la minería de pequeña escala, -frecuentemente informal y con empleos precarios que no cumplen con las normas del trabajo internacionales y nacionales-, en comparación con aquellas del sector de la minería formal.²⁴

A la par, dicha Organización advierte que “las tasas de accidentes en las minas de pequeña escala son habitualmente 6 o 7 veces más altas que en las operaciones de mayor escala, incluso en los países industrializados”.²⁵

Es preciso señalar que la OIT ha promovido y promueve el mejoramiento de la vida y las condiciones laborales de las personas dedicadas principalmente a la minería formal de gran escala, por medio del Convenio Número 31 por el que se limitan las horas de trabajo en las minas de carbón, el cual fue adoptado en 1931 y que no entró en vigor,²⁶ y del Convenio Número 176 sobre seguridad y salud en las minas. Este último adoptado en 1995 y en vigor desde junio de 1998.²⁷

Para los expertos y los organismos internacionales, como la OIT y la CEPAL, no pasa desapercibido que la minería de pequeña escala, que incluye también a la

²² Organización Internacional del Trabajo (OIT). *La minería: un trabajo peligroso*. 2015. Consultado el 26 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2Vqnz6n>

²³ *Ídem*.

²⁴ *Ídem*.

²⁵ *Ídem*.

²⁶ Este Convenio fue retirado por decisión de la Conferencia Internacional del Trabajo en su 88ª Reunión (2000). Esto significa que el instrumento, al no haber recibido el número suficiente de ratificaciones por parte de Estados Miembros, nunca entró en vigor. OIT. *NORMLEX Guía*. s. l. s. f. Consultado el 26 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2Nvw657>

²⁷ Este Convenio ha sido ratificado por 33 Estados miembros de la OIT, entre los que se incluyen los siguientes países de América Latina: Brasil, Perú y Uruguay. OIT. *Ratificación del C176 - Convenio sobre seguridad y salud en las minas, 1995 (núm. 176)*. Consultado el 26 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2Xrsp4R>

minería artesanal, ya sea de carácter formal e informal, se ha expandido en diversos países en desarrollo y en regiones como América Latina y el Caribe, aunque con características específicas a nivel nacional. En gran medida, la expansión se debe a la falta de atención que facilitó el crecimiento desordenado de estas explotaciones y, por consecuencia, la informalidad.²⁸

Aunque la minería de pequeña escala es de suma importancia para las economías locales y regionales al generar empleos directos e indirectos, los expertos observan que la interpretación de la realidad de esta actividad en legislación minera en las últimas décadas no fue exitosa, además de percibir la carencia de políticas explícitas, que esencialmente no han identificado las diferencias sociales, económicas y técnicas que esta actividad tiene frente a las empresas.²⁹

Adicionalmente, en la región han persistido condiciones difíciles de acceso para la legalización como un mecanismo para el desarrollo económico y social de las comunidades asociadas a la pequeña minería y de financiamiento; la falta de continuidad en los programas de apoyo; y los bajos niveles en los campos de la exploración, preparación y desarrollo, así como de la mecanización.³⁰

En este sector también confluyen la baja o inexistente inversión, los sistemas de información deficientes, el bajo porcentaje de personal calificado, las carencias técnicas en el desarrollo de programas, la mayor vulnerabilidad a la disminución de los precios internacionales de metales y minerales, además de problemas vinculados a las temáticas medioambientales, la salud y la seguridad laboral.³¹

En este tono, los expertos señalan que las acciones para abatir estas problemáticas deben sostenerse en un enfoque integral que incorpore consideraciones de orden social, combinadas con componentes técnicos-económicos, tales como:³²

- La lucha contra la pobreza y la búsqueda de la equidad en la distribución del ingreso.
- El acceso a servicios básicos de salud y educación.
- El mejoramiento de la infraestructura para el desarrollo local.
- La erradicación del trabajo infantil.
- La equidad de género.
- El fortalecimiento de las entidades y programas públicos en materia de la minería de pequeña escala.
- La disminución de los riesgos ocupacionales.

²⁸ Eduardo Chaparro Ávila. *La pequeña minería y los nuevos desafíos de la gestión pública*. Serie Recursos Naturales e Infraestructura. CEPAL. Chile. 2004. Consultado el 27 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2EfQlj4>

²⁹ *Ídem*.

³⁰ *Ídem*.

³¹ *Ídem*.

³² *Ídem*.

- El incremento de la productividad y la elevación de los ingresos de los pequeños mineros.
- La mitigación o eliminación del impacto global y de externalidades que afectan los aspectos sociales y culturales de las localidades donde se realizan estas operaciones.
- Las relaciones de colaboración con las comunidades locales para desarrollar opciones productivas y de ocupación alternativas.

Cabe puntualizar que el Foro Intergubernamental sobre Minería, Minerales, Metales y Desarrollo Sostenible (2013) emitió una serie de recomendaciones a los Gobiernos para mejorar la calidad de vida de las personas que trabajan fuera del marco reglamentario de la minería artesanal y en pequeña escala, y para acrecentar su contribución al desarrollo sostenible.

Ante ello, un camino es buscar formas de integrar las actividades de la minería artesanal y en pequeña escala informal en el sistema legal, a través de la creación de marcos jurídicos claros y mecanismos de regulación para facilitar la organización de ambos subsectores, su acceso a títulos de propiedad y su respeto de las obligaciones consiguientes.³³

Con respecto a las experiencias legislativas, Perú aprobó la Ley General de Minería en 1992 y la Ley Núm. 27651 de Formalización y Promoción de la Pequeña Minería y Minería Artesanal en 2002, con el objeto de introducir en la ley respectiva un marco legal que permita una adecuada regulación de las actividades mineras desarrolladas por pequeños productores mineros y mineros artesanales, propendiendo a la formalización, promoción y desarrollo de las mismas.³⁴

Brasil cuenta con la Ley N° 7805 (1989), modificadora del Código de Minas, que instaura el Régimen de Explotación Artesanal,³⁵ mientras que Chile tiene la Ley 19.719 sobre Patente Minera Especial para Pequeños Mineros y Mineros Artesanales, promulgada en 2001.³⁶

Ahora bien, la Ley Minera de México (1992) faculta a la Secretaría de Economía para elaborar y dar seguimiento al programa sectorial en materia minera y coordinar la elaboración y evaluación, así como dar seguimiento a los programas institucionales, regionales y especiales de fomento a la pequeña y mediana

³³ Véase, documento aportado por el Parlamento Latinoamericano y Caribeño (PARLATINO) titulado “Foro Intergubernamental sobre Minería, Minerales, Metales y Desarrollo Sostenible”.

³⁴ Ministerio del Ambiente del Perú. Ley de Formalización y Promoción de la Pequeña Minería y la Minería Artesanal. Consultado el 28 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2tJgli0>

³⁵ Eduardo Chaparro. *Actualización de la compilación de leyes mineras de catorce países de América Latina y el Caribe*. Serie Recursos Naturales e Infraestructura. CEPAL. Chile. 2002. Consultado el 28 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2ThnHHX>

³⁶ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. *Ley 19719*. Consultado el 28 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2T5gaMV>

minería y al sector social, incluidos los programas de fomento y las acciones necesarias para su ejecución.³⁷

En otro plano, el Servicio Geológico Mexicano tiene, entre sus funciones, dar a la pequeña y mediana minería, y al sector social, asesoría técnica en materia de evaluación de depósitos minerales, procesos metalúrgicos y análisis físico-químicos de muestras de minerales, para su aprovechamiento.³⁸

Implicaciones para México

Para México, el sector minero-metalúrgico contribuye con el 4% del Producto Interno Bruto (PIB). El país ocupa el primer lugar en la producción de plata a nivel mundial, además de ubicarse entre los 10 principales productores de 16 minerales: plata, bismuto, fluorita, celestita, wollastonita, cadmio, molibdeno, plomo, zinc, diatomita, sal, barita, grafito, yeso, oro y cobre.³⁹

Según cifras del Servicio Geológico Mexicano, en 2017, el empleo en el sector minero-metalúrgico presentó un incremento de 4.8% con respecto a 2016, con 371,556 empleos directos. Esta cantidad que representó 16,854 nuevos empleos con relación al año previo.⁴⁰

El 7.7% de los trabajadores labora en la industria metálica básica y el 6.8% en la extracción y beneficio de minerales metálicos. Más de 2.2 millones de personas laboran de manera directa e indirecta en la minería en México.⁴¹

En las principales ramas de industrias extractivas, los menores niveles de empleo se registraron en la rama 11 de extracción y beneficio de carbón mineral, grafito y otros minerales no metálicos y una disminución en la rama 14 de explotación de sal, mientras que en la minería metálica se presentó un incremento de 4,778 empleos.⁴²

Las principales entidades federativas generadoras de empleo en el sector minero en 2017 fueron Nuevo León con una participación de 14.8%, Coahuila con 10.6% y Estado de México con 8.6%.⁴³

En cuanto a la estructura de la producción minero metalúrgica nacional en 2017, el Servicio Geológico Mexicano tiene registro de la participación de las pequeñas mineras únicamente en la extracción de los siguientes minerales: plata (0.01%), cadmio (53.06%), fierro (0.96%), carbón no coquizable (8.31%), barita (32.11%), caolín (20.1%), celestita (100%), dolomita (21.15%), feldespato (100%), fluorita (6.43%), fosforita (3.51%), grafito (100%), sal (13.34%), yeso (20.72%), diatomita (0.15%) y arena sílica (0.18%).⁴⁴

³⁷ Cámara de Diputados. La Ley Minera publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de junio de 1992. Última reforma publicada Diario Oficial de la Federación el 11 de agosto de 2014. Consultado el 28 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/1Fhk46t>

³⁸ *Ídem.*

³⁹ Secretaría de Economía. *Minería*. 26 de septiembre de 2018. Consultado el 27 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2KeiJnE>

⁴⁰ Servicio Geológico Mexicano. *Anuario Estadístico de la Minería Mexicana*, 2017. Agosto de 2018. Consultado el 27 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2Pwqxmt>

⁴¹ *Ídem.*

⁴² *Ídem.*

⁴³ *Ídem.*

⁴⁴ *Ídem.*

PROYECTO DE LEY MODELO EN MATERIA DE PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS PARA AMÉRICA LATINA

EXPOSICION DE MOTIVOS

La OMS considera que el acceso equitativo a medicamentos seguros y asequibles es de importancia vital para que todo el mundo goce del grado máximo de salud posible. Es por ello que velar por el manejo apropiado entre los intereses del comercio y los de la salud significa dar una mirada humana y marcar una escala de valores bien definidos. Creemos que para ello es necesario declarar al medicamento como un bien social, y en concordancia los Estados deben involucrarse en la producción pública de sus medicamentos.

Asegurar, respetando los estándares internacionales sugeridos por la OMS, que no se interrumpa el flujo de medicamentos legítimos necesarios para garantizar el acceso a la salud de toda la población, especialmente los sectores más vulnerables.

Muchas veces la brecha que existe entre los costos de producción y los precios de venta de los medicamentos es muy grande. Esto genera una tensión entre los Estados y las empresas farmacéuticas por la soberanía y la decisión sobre la vida de las personas.

Es indispensable consolidar la producción pública de medicamentos para garantizar el derecho a la salud de las grandes mayorías, y recuperar para cada país integrante de la región un intercambio fluido de medicamentos para las patologías más comunes o usuales en cada jurisdicción.

“Todos los gobiernos deberíamos impulsar que los Estados tengan sus industrias de salud, industrias de medicamentos por tanto sería una gran solución para nuestros pueblos”...Los monopolios “imposibilitan que los servicios de salud estén al alcance de los más necesitados”. Palabras del Presidente Evo Morales ante la asamblea 42 de la OEA

En la región tenemos la experiencia de Brasil que cuenta con un Sistema de Salud Unificado, creado por la Constitución de 1988 y reglamentado en el año 1990 (Ley 8080) en la que la industria farmacéutica desempeña un papel fundamental debido a la alta densidad demográfica, Brasil como política de Estado, decidió ser precursor en la producción pública de medicamentos para garantizar el acceso a los de necesidad básica y en aquellos utilizados en las enfermedades tropicales, además de ser estratégico como regulador del mercado.

Asimismo, la República Argentina en el año 2011 sancionó la Ley N.º 26.688 de Producción Pública de Medicamentos, teniendo como prioridad y eje de la misma, considerar a la producción pública de medicamentos como una verdadera política de Estado, independiente de los gobiernos y de los partidos políticos, de las corporaciones internacionales y de los pequeños laboratorios.

Implico prescindir de esos intereses para la preservación de un bien mayor, la salud, el acceso igualitario a precio justo de toda la población de medicamentos.

Por un lado, los medicamentos son parte de tecnologías sanitarias que permiten mejorar la salud de los individuos y, por ende, de la salud de la población en su conjunto. Su utilización masiva ha permitido incrementar de forma considerable la calidad de vida de la población.

No obstante, ello, este creciente uso de medicamentos genera desafíos de sustentabilidad en los sistemas sanitarios (aumento de los gastos sanitarios) e inequidad (incrementando las brechas en salud entre ricos y pobres) en el sector y en la sociedad.

La formulación e implementación de políticas farmacéuticas es una tarea compleja del Estado y suele ocasionar tensiones y disyuntivas, principalmente porque involucra no solo aspectos sanitarios, sino también cuestiones industriales y de ciencia y tecnología.

Desde la perspectiva industrial se busca, principalmente, la competitividad y la creación de empleo. Entre los instrumentos utilizados se encuentran las modificaciones de los aranceles, la creación de políticas fiscales favorecedoras e, incluso, la regulación de los precios de los medicamentos.

Desde la perspectiva de la política de ciencia y tecnología, la preocupación se centra, sobre todo, en la creación de incentivos para facilitar la investigación y el desarrollo. Diversos son los instrumentos utilizados para el fomento a la innovación, como las subvenciones directas e indirectas, y el fomento de las alianzas universidad/industria, a las que podría sumarse también alianza entre los países de la región en la búsqueda y fomento de estas medidas.

Desde la perspectiva de la política sanitaria, se busca no solo velar por el acceso de la población a los medicamentos, sino también garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos, por medio de una adecuada regulación y vigilancia, su buen desempeño terapéutico y la sostenibilidad del sistema público.

Es de vital importancia que los Estados partes del Parlatino se planteen estrategias y planes de trabajo con miras a la mejora del acceso a medicamentos en la región suramericana.

Ello constituye una fuerte decisión regional, la elaboración de una política de acceso a medicamentos y de recomendaciones para fortalecer la coordinación de capacidades productivas de la región.

Se puede encontrar la forma de reducir las barreras al acceso que se originan de la existencia de derechos de propiedad intelectual y de aquellas referentes a la falta de incentivo a la innovación y desarrollo. Además de incidir positivamente en la formulación de precios, así como de la promoción de la producción y la utilización de medicamentos genéricos.

Dado que el Parlamento Latinoamericano es un organismo regional, que tiene como principio inalterable la integración latinoamericana y entre sus objetivos el de estudiar, debatir y formular políticas de solución a los problemas sociales de la comunidad latinoamericana, resulta el espacio natural desde el cual se impulse esta Ley Marco en Materia de Producción Pública de Medicamentos para América Latina.

PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS

ARTICULO 1.- La presente ley modelo tiene por objeto declarar de interés regional y estratégico del Parlamento Latinoamericano y sus Estados miembros, la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos, entendiendo a los mismos como bienes sociales.

ARTICULO 2. - El objetivo de la presente ley marco es promover la accesibilidad de medicamentos, vacunas y productos médicos y propiciar el desarrollo científico y tecnológico a través de laboratorios de producción pública.

ARTÍCULO 3.- A los efectos de la presente ley se entiende como laboratorios de producción pública a los que pertenecen y son administrados por el Estado nacional, provincial, municipal o dependientes de un organismo regional.

ARTÍCULO 4.- Los lineamientos prioritarios en materia de producción pública de medicamentos son los siguientes:

- a) Promover la investigación y el desarrollo científico, tecnológico e industrial de los laboratorios de producción pública;
- b) Fortalecer el rol de los laboratorios de producción pública en el sistema de salud;
- c) Orientar la producción y el abastecimiento de medicamentos, vacunas, insumos y productos médicos al subsector público de la salud y a organismos o instituciones sin fines de lucro;
- d) Promover el intercambio y la cooperación entre los laboratorios de producción pública a nivel regional e internacional;
- e) Propiciar programas y políticas públicas que prioricen la accesibilidad de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas, insumos y productos médicos, considerados como bienes sociales.

ARTÍCULO 5.- Cada Estado miembro establecerá la Autoridad de Aplicación encargada de llevar a cabo la política pública en materia de producción pública de medicamentos y deberán:

- a) Establecer los lineamientos tendientes a asegurar la calidad, accesibilidad y trazabilidad de los medicamentos, vacunas y productos médicos;
- b) Establecer un procedimiento operativo que permita una eficaz distribución de los medicamentos, vacunas y productos médicos habilitados;
- c) Promover mecanismos tendientes a otorgar preferencias en la adquisición de los medicamentos, vacunas y productos médicos de los laboratorios de producción pública;
- d) Elaborar en forma anual un informe sobre las acciones llevadas a cabo y su evolución y publicarlo por todos los medios de difusión disponibles;
- e) Promover los acuerdos necesarios entre instituciones que cuenten con laboratorios de producción pública, para coordinar su actividad con los fines perseguidos por la presente ley marco;
- f) Realizar reuniones semestrales con los representantes de salud de los Estados Parte a fin de intercambiar experiencia, transferir conocimiento y tecnología;
- g) Establecer como marco de referencia de la producción de medicamentos la propuesta de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud.

ARTÍCULO 6: Cada Estado miembro establecerá las penas por las infracciones cometidas a las disposiciones de la presente ley.

ARTÍCULO 7: Los Gobiernos de los Estados miembros del Parlamento Latinoamericano dictarán cuantas disposiciones resulten necesarias para la mejor aplicación de esta Ley.

ARTÍCULO 8: De forma.

ACCESO A MEDICAMENTOS Y ESTUDIOS DE ALTO COSTO EN AMÉRICA LATINA

Nota informativa⁴⁵

Resumen

En las últimas décadas, se han formulado importantes políticas e iniciativas estratégicas de fortalecimiento de los sistemas de salud a nivel nacional, regional y mundial, muchas de las cuales contaron con la participación activa y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

A pesar del crecimiento económico y los avances en salud logrados en la última década, la pobreza y las inequidades a nivel nacional y entre los distintos países de la región siguen siendo un reto para Latinoamérica. El informe de la Organización Mundial de la Salud 2017 reveló que un 29% de la población latinoamericana y caribeña vive aún por debajo del umbral de pobreza y el 40% recibe menos del 15% del total de los ingresos. Se estima que un 30% de la población no tiene acceso a atención de salud debido a razones económicas y que un 21% renuncia a buscar atención debido a las barreras geográficas.

La Organización Panamericana de la Salud estima que el gasto público promedio para el Sector Salud respecto del PIB en los países en América Latina y el Caribe es de apenas 3.8%.⁴⁶

La misma Organización denomina *acceso* a la capacidad de utilizar servicios de salud integral, en el caso de los medicamentos que sean adecuados a su demanda, que cumplan el estándar de calidad, y que sean costeables en el momento en que se necesiten y considera que el acceso universal a la salud se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa.

Tratamientos y medicamentos de alto costo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el Estado tiene que garantizar el acceso a los medicamentos y brindar la cobertura de fármacos esenciales para el tratamiento de patologías que afectan a la mayor parte de la población. Sin embargo, existen enfermedades que son consideradas como

⁴⁵ Nota elaborada en el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado de la República con información citada.

⁴⁶ Financiamiento de la Salud en las Américas. Consultado el 22 febrero de 2019 en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=290&lang=es

graves, denominadas enfermedades catastróficas, las cuales tienen un alto impacto económico ya que requieren de medicamentos de alto costo (MAC).⁴⁷

Los medicamentos de alto costo se caracterizan por tener “un costo igual o superior al 40% del ingreso del hogar donde hay un paciente que necesita tomarlos, provocando un excesivo esfuerzo económico para pacientes, aseguradoras o bien para el sistema público de salud”.

Al igual que en la mayoría de los países del mundo, para la región de América Latina y el Caribe, el acceso de su población a los medicamentos y tratamientos de alto costo es un motivo de preocupación.

Según la Organización Panamericana de la Salud, el acceso a medicamentos, además de salvar vidas, es una vía para disminuir la probabilidad de que las familias, al buscar acceder a tratamientos y medicamentos se enfrenten a dificultades económicas, empobrecimiento o gastos catastróficos. Este es uno de los principales retos para la sostenibilidad de los sistemas de salud.

En América Latina, varios países están asegurando a su población el acceso a medicamentos y tratamientos de alto costo. Por ejemplo, existe el Programa de Medicamentos de Alto Costo de la República Dominicana, el Fondo Nacional de Recursos de Uruguay, el Componente Especializado de Asistencia Farmacéutica de Brasil, la Ley Ricarte Soto de Chile y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) del Perú.

Estas iniciativas aseguran el acceso a distintos medicamentos de alto costo y a otras tecnologías sanitarias usando fondos públicos con o sin mecanismos de financiamiento exclusivos.⁴⁸

En 2016, en el marco del 55º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Ministros de Salud de América Latina y el Caribe reconocieron la prioridad central de garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud, inscribiendo el compromiso para impulsar acciones para mejorar el acceso y el uso de los medicamentos y otras tecnologías de alto costo, sin caer en gastos excesivos para los presupuestos de salud.

Así, las autoridades de salud coincidieron en las siguientes acciones: 1) Trabajar juntos y promover la adopción de políticas farmacéuticas y marcos legales para la regulación del sector y para promover la transparencia de precios; 2) fortalecer el sistema regulador para garantizar la calidad de medicamentos y mejorar la utilización de los mecanismos de compras conjuntas de medicamentos; 3) priorizar el uso de los medicamentos genéricos seguros, eficaces y de calidad; y 4) evaluar de forma rigurosa el costo-efectividad de los nuevos productos

⁴⁷ Gustavo H. Marín y María Andrea Polach. *Medicamentos de alto costo: análisis y propuestas para los países del Mercosur*. Scientific Electronic Library Online. Consultado el 22 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2r3qhSq>

⁴⁸ Organización Panamericana de la Salud. *El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo*. Septiembre de 2016. Consultado el 22 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2Cqynet>

médicos para sólo incorporar aquellos que representen un valor agregado para mejorar la salud de los pacientes.⁴⁹

El Sistema de Salud de México

El Sistema de Salud de México es un conjunto de subsistemas diferentes, cada uno con diversos niveles de atención, dirigido a grupos poblacionales específicos, con precios y con resultados diferentes. El acceso a cada subsistema está determinado por la condición laboral. Los individuos asalariados en el sector privado (y sus familias) están afiliados a un paquete de beneficios y a un conjunto de prestadores que pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Sin embargo, si pierden su empleo, entonces probablemente tendrán que afiliarse al Seguro Popular, con un paquete diferente y un grupo de prestadores distinto. Si después encuentran trabajo en el gobierno federal, entonces serían afiliados a un paquete diferente y prestador diferente pertenecientes al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El 15.54% de la población nacional carece de acceso a los servicios de salud,⁵⁰ en su mayoría, el resto de habitantes con acceso se encuentra adscrito a las tres principales instituciones de salud en el país: el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) con 53.5 millones de afiliados;⁵¹ ISSSTE 7.4 millones; e IMSS 55.8 millones.⁵² La esperanza de vida es de poco menos de 75 años.⁵³

El acceso a medicamentos y estudios de alto costo en México

Desde un enfoque multisectorial, México implementa políticas públicas con el objetivo de combatir las carencias sociales que existen en alimentación, educación, salud, seguridad social y vivienda, incorporando el reconocimiento de los derechos sociales de los individuos.

En 2014 se llevó a cabo la puesta en marcha del Sistema Nacional de Salud Universal con la finalidad de asegurar que los mexicanos tuvieran acceso a servicios eficientes de salud. Éste incorporó medidas para acotar a los gobiernos en la compra de medicamentos y en el uso de los recursos del Seguro Popular

⁴⁹ Organización Panamericana de la Salud. *Acuerdan acciones para mejorar el acceso a medicamentos de alto costo y proteger la salud de los migrantes*. 30 de septiembre de 2016. Consultado el 22 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2EDdOOH>

⁵⁰ Gasto Catastrófico en salud 2006-2016. Consultado el 21 de febrero de 2019 en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/305040/Nota_Informativa_1_-_GastoCatastrofico_2006-2016.pdf

⁵¹ Catálogo Universal de Servicios de Salud 2018. Consultado el 21 de febrero de 2019 en: http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2018c.pdf




⁵² Consultado el 21 de febrero de 2019 en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/219348/Confronta_al_primer_trimestre_2016_de_los_padrones_del_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf

⁵³ Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Consultado el 19 de febrero de 2019 en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>

destinados al reforzamiento de la infraestructura hospitalaria y al personal de salud.⁵⁴

Es conveniente mencionar que en México están aumentando los factores de riesgo como la obesidad y el tabaquismo, así como las enfermedades crónicas (la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer).⁵⁵

En México existen tres esquemas de afiliación para brindar cobertura a las necesidades de salud pública (véase Cuadro 1).

Cuadro 1. Mecanismos de afiliación en México		
Esquema de seguridad social: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR	Seguro Popular	Servicio Privado
 <p>73.3% de población</p>	 <p>48.9% de población</p>	 <p>1.8% de población</p>
<p>La seguridad social cubre desde el embarazo, el parto, el desarrollo del individuo, los cuidados paliativos y la muerte, así como incapacidades por riesgo de trabajo, pensiones y jubilaciones. Se encuentra dirigido al sector formal de la economía.</p>	<p>Mecanismo que surgió en 2004 para financiar servicios de salud definidos en un catálogo. Está dirigido a la población que no tiene seguridad social.</p>	<p>Los servicios privados ofrecen cobertura en función del tipo de contratación, ya sea salud preventiva, gastos médicos mayores o para algún padecimiento específico.</p>

Imágenes e información tomada de KPMG en México. Ignacio García-Téllez. Transitar hacia una cobertura universal de salud en México, KPMG en México. Febrero de 2017. Consultado el 22 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2NWEWHu>

A modo de aclaración, las instituciones de la seguridad social no tienen definidos planes explícitos de beneficios en salud para sus afiliados. Por su parte, las personas afiliadas al Seguro Popular tienen derecho a recibir los servicios de dos planes explícitos de beneficios: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y el Catálogo de Intervenciones de Alto Costo (CIAC) financiado por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).⁵⁶

Al respecto, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos brinda servicios médicos de alta especialidad a las personas que no cuentan con seguridad social

⁵⁴ Presidencia de la República, Anuncia el Presidente Peña Nieto la creación en 2014 del Sistema Nacional de Salud Universal. 7 de enero de 2014. Consultado el 22 de octubre de 2018 en la URL: <https://bit.ly/2NWULOP>

⁵⁵ Ignacio García-Téllez. Transitar hacia una cobertura universal de salud en México, KPMG en México. Febrero de 2017. Consultado el 22 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2NWEWHu>

⁵⁶ Banco Interamericano de Desarrollo - División de Protección Social y Salud. *Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional*. 2014. Consultado el 22 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2q4CZiT>

y que padecen enfermedades de alto costo que pueden poner en riesgo su vida y patrimonio familiar.⁵⁷

Este fondo proporciona recursos monetarios, a través de un fideicomiso, a los prestadores de servicios acreditados y con convenios firmados de las 32 entidades federativas, para atender 61 enfermedades ubicadas dentro de las siguientes categorías:⁵⁸

- Cuidados intensivos neonatales.
- Trastornos quirúrgicos, congénitos y adquiridos (enfermedades o defectos físicos con que nace una persona. Se ofrece financiamiento a pacientes menores de 5 años.
- Enfermedades metabólicas.
- Cáncer, incluyendo cérvico-uterino y de mama.
- VIH/SIDA (sólo cubre el tratamiento ambulatorio de acuerdo a la Normativa del Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA - CENSIDA).
- Infarto agudo de miocardio.
- Hepatitis viral crónica tipo C.
- Trasplante de Médula Ósea.
- Cáncer en niños y adolescentes.

Estas últimas son consideradas como enfermedades de gasto catastrófico debido a que sus tratamientos y medicamentos tienen costos muy altos por su grado de complejidad o especialidad, así como por la baja frecuencia con que ocurren.⁵⁹ Estas son definidas y priorizadas por el Consejo de Salubridad General, un órgano del Estado mexicano dependiente del Presidente de la República y presidido por el Secretario de Salud. Su mandato comprende la emisión de disposiciones obligatorias en materia de salubridad general.⁶⁰

El tratamiento de dichas enfermedades consideradas como causantes de Gastos Catastróficos se realiza en Unidades Hospitalarias denominadas de “Alta Especialidad”.

Por otra parte, el Seguro Popular, identificado como un instrumento de la política pública del Sector Salud, cuyo objetivo es garantizar el acceso a servicios de salud para la población que no tiene seguridad social, cubre 287 intervenciones

⁵⁷ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Enfermedades de Alto Costo*. 8 de septiembre de 2017. Consultado el 22 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2h0T1cc>

⁵⁸ *Ídem*.

⁵⁹ *Ídem*.

⁶⁰ Consejo de Salubridad General. *Misión y visión*. Consultado el 22 de febrero de 2019 en la URL: <http://www.csg.gob.mx/consejo/mision.html>

que representan más de mil 600 enfermedades, además de 61 padecimientos de alto costo, como cáncer de mama, cérvico uterino, próstata o VIH-SIDA.⁶¹

A partir de 2018, se amplió la cobertura de servicios para financiar cuatro nuevos padecimientos: cáncer de esófago y trasplantes de hígado, de corazón y de pulmón con el objetivo de beneficiar a los 53.5 millones de afiliados al Seguro Popular. Estos padecimientos son atendidos a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), mientras

La información obtenida va de la mano del Plan de Desarrollo 2013-2018 del sexenio pasado; para el actual sexenio aún no se cuenta con información concisa, pero el presidente Andrés Manuel López Obrador presentó el Acuerdo para garantizar acceso a los servicios de salud y medicamentos. Acuerdo que busca garantizar el derecho a la salud con atención médica y medicamentos gratuitos a la población sin seguridad social, con el fin de eliminar la fragmentación y la segmentación, dando prioridad a la población de las regiones de muy alta o alta marginación.⁶²

En términos generales, en 2016 el número de hogares incurrió en gastos catastróficos por motivos de salud fue de 713,093, lo que representa el 2.13 por ciento de los hogares nacionales de acuerdo con la ENIGH 2016.⁶³

Respecto al equipo médico de alta tecnología (EMAT) se incluyen 12 categorías definidas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC): acelerador lineal, braquiterapia automática (radioterapia interna), unidad de radioterapia con cobalto 60, mastógrafos analógicos y digitales, tomógrafo computado, resonancia magnética, angiógrafo, litotriptor extracorpóreo, microscopio de neurocirugía, neuronavegador, tomografía por emisión de positrones (Pet-Ct) y gammacámara. Actualmente el país cuenta con 3,085 equipos distribuidos en esas categorías y en todo el territorio.⁶⁴

A nivel estatal, cada una de las entidades cuenta con al menos un EMAT, sin embargo, no todos cuentan con la totalidad de los 12 EMAT en su territorio. Solo el 6.2% de las entidades cuenta con todo el equipo de alta tecnología. La distribución de los equipos no es de manera equitativa a lo largo del país, posiblemente la causa está relacionada con el tipo de padecimientos más comunes que se presentan al interior de los estados, por lo que en algunas

⁶¹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Amplía Seguro Popular cobertura de servicios*. 31 de enero de 2018. Consultado el 22 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2PhXYNm>

⁶² Acuerdo para garantizar el #DerechoALaSalud. Consultado el 20 de febrero de 2019 en: <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/acuerdo-para-garantizar-el-derechoalasalud?idiom=es>

⁶³ Gasto Catastrófico en salud 2006-2016. Consultado el 21 de febrero de 2019 en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/273995/Nota_tecnica_6.3.pdf. La ENIGH es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares.

⁶⁴ Informe Sobre la Salud de los mexicanos 2016. Consultado el 20 de febrero de 2019 en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf

entidades no es indispensable que existan unidades de todos los equipos médicos de alta tecnología. Sobre la distribución por institución, el 47.1% pertenecen al sector privado, y el resto al público; la Secretaría de Salud cuenta con el 26.5% y el IMSS con 16.6% de los equipos.

Implicaciones para México

Según el Informe Panorama de la Salud 2018, publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la mayoría de sus países miembros, incluido México, han alcanzado cobertura universal o casi universal de salud, pero el acceso a los servicios aún debe mejorar. Agrega que el gasto de bolsillo en los hogares representa un 20% del gasto total en salud en promedio y más del 40% en Letonia y México.

En términos generales, la OCDE observa que las preocupaciones respecto al costo ocasionan que alrededor del 10% de la gente no vaya a consulta, y el 7% no compre los medicamentos prescritos, siendo los hogares más pobres los más afectados.

En el ámbito de las políticas públicas, México cuenta con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, el cual ha sido identificado por Banco Interamericano de Desarrollo (BID) como un plan explícito para cubrir eventos catastróficos o de alto costo al incluir servicios que pueden desequilibrar la economía de los hogares en caso de no ser cubiertos con recursos públicos.

ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. ACCIONES PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

Nota Informativa⁶⁵

Resumen

El presente documento aporta datos sobre la población adulta mayor en América Latina y el Caribe, así como un panorama general referente a la defensa de los derechos humanos de este grupo poblacional, tanto en la región como en México.

Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) comprende al proceso de envejecimiento desde el ámbito biológico como “la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente la muerte”. Sin embargo, los cambios que se presentan en esta etapa no precisamente deben ser lineales y uniformes, ya que algunas personas gozan de una excelente salud y otras necesitan de ayuda constante.⁶⁶

Al respecto, existen seis tipos de envejecimiento:⁶⁷

- Cronológico: es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte.
- Biológico: se determina por la carga genética de la persona, la cual predispone las características orgánicas de su cuerpo como producto de su herencia (como la disminución de la agudeza visual o capacidad auditiva).
- Funcional: es el reflejo más perceptible en la integridad de la persona.
- Psicológico: hace referencia a la psicología personal del curso de la vida en donde se experimenta el fenómeno del crecimiento y cambios físicos, mentales y sociales.

⁶⁵ Elaborada en el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano con información citada.

⁶⁶ Organización Mundial de la Salud. *Envejecimiento y salud*. 5 de febrero de 2018. Consultado el 25 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

⁶⁷ Secretaría de Gobernación. *Programa Nacional Gerontológico 2016-2018*. Consultado el 25 de febrero de 2019, en la URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/265503/PROGRAMA_NACIONAL_GERONTOLOGICO_5_ENERO_2017.pdf

- Sociológico: cuando se asignan diferentes roles a cada individuo de acuerdo con las circunstancias y condicionantes que le precedieron en su vida.
- Fenomenológico: es la percepción subjetiva de cada persona sobre su edad.

De igual forma, el organismo internacional considera que a causa del incremento de la esperanza de vida y por la disminución de la tasa de fecundidad, el porcentaje de personas mayores de 60 años se encuentra en aumento de forma más rápida que cualquier otro grupo de población en la mayoría de los países. Ante ello, la situación del envejecimiento de las personas se puede entender como un logro de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, aunque también se proyecta como un reto para la sociedad el que se implementen mejores condiciones de salud y la capacidad funcional de las personas mayores, y su inclusión en la sociedad y su seguridad.

Esto último debido a que, por su situación, en muchas ocasiones son vulnerados los derechos de ese sector poblacional tales como a la salud, al trabajo, a la educación, a la vivienda digna y al acceso a otros derechos necesarios para su desarrollo. Por otro lado, en algunos casos a nivel individual, se ve disminuida su capacidad de autonomía y voluntad por parte de miembros de sus familias o encargados de sus cuidados, llegando incluso al abandono y maltrato físico, situaciones que pocas veces son denunciadas ante las autoridades.

El proceso de envejecimiento en la población de América Latina y el Caribe, y acciones para su protección

De acuerdo con un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), existen diversos paradigmas para comprender la vejez y el envejecimiento, ya que ambos procesos hacen referencia a una realidad multifacética en la que intervienen aspectos cronológicos, fisiológicos, sociales y culturales. Según el criterio cronológico, en la mayoría de los países de la región latinoamericana, la vejez se inicia a los 60 años. En este sentido, el inicio cronológico de la vejez se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia.⁶⁸

En el siguiente cuadro se muestran las concepciones tradicionales y emergentes respecto a las personas adultas mayores:

⁶⁸ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Los derechos de las personas mayores*. Consultado el 25 de febrero de 2019, en la URL: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf

Paradigma tradicional	Paradigma emergente
Las personas mayores son concebidas como beneficiarias de la asistencia social.	Las personas mayores son concebidas como sujetos de derecho.
Se reproducen prácticas heterónomas.	Se impulsan procesos de autonomía.
Los roles sociales que las personas mayores pueden desempeñar son restringidos.	Las personas mayores tienen oportunidades para desarrollarse como individuos y contribuir a su sociedad.
Se aplica una perspectiva homogeneizante sin considerar las bases de diferenciación social.	Se promueve un tratamiento especial para las personas mayores en razón de la edad.
La igualdad formal no considera que la edad puede dificultar el disfrute de los derechos.	Se busca eliminar las barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez.
Se produce una segregación generacional en la vida privada y pública.	Se fomenta la solidaridad generacional como un proyecto de largo plazo.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Los derechos de las personas mayores*. Consultado en la URL: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf

En la región de América Latina y el Caribe, la población actual está compuesta por alrededor de 652 millones de habitantes, la cual está conformada en un poco más de la mitad (51%) por mujeres; al respecto, el 25% tiene menos de 15 años y las personas mayores representan el 12% del total de la población. Cabe mencionar que desde finales de la década de los sesenta, se han presentado cambios importantes en la región como parte de su dinámica demográfica, con alteraciones en el crecimiento y estructura etaria de la población.⁶⁹

Aunado a lo anterior, la magnitud y la velocidad de los cambios demográficos que están sucediendo y que seguirán su curso en las próximas décadas tienen una notable relevancia, ya que se asociarán a un incremento gradual del tamaño de la población, con una tendencia a estabilizarse en las décadas siguientes, no obstante se estima que después del 2070 empezará a descender la población en términos absolutos.⁷⁰

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, en 2017 había alrededor de 76.3 millones de personas mayores en América Latina y el Caribe (12% de la población regional). Se prevé que para 2030 dicha población aumentará a 121 millones, representando el 17%; para 2060, este grupo corresponderá al 30% con una población de 234 millones de personas mayores.

Es importante mencionar que en la región se presentó una caída de la fecundidad en la segunda mitad del siglo XX, ya que de presentarse tasas muy altas (5.5 hijos por mujer) en el período 1965-1970, se presentó una reducción considerable de dichas tasas (2.05 hijos por mujer) entre

⁶⁹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*. 2018. Consultado el 25 de febrero de 2019, en la URL: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf

⁷⁰ *Idem*.

2015 y 2020. Esta transformación sociodemográfica tiene sus causas en factores determinantes, como el aumento relativamente sostenido del producto per cápita hasta inicios de la década de 1970, lo que modificó cuestiones sociales como la ampliación de los estratos medios y asalariados, la extensión de la escolaridad y una rápida urbanización. Asimismo, se generaron cambios culturales que trajeron consigo la adopción de patrones de reproducción compatibles con una idea de familia de menor tamaño, destacando una mayor participación de la mujer en el mundo del trabajo y la reducción de la mortalidad infantil.⁷¹

Por otro lado, respecto a las concepciones de construcción social de la vejez y la protección de los derechos de las personas mayores, algunos expertos señalan que este grupo social integrado por adultos tiene derecho a la autonomía, por lo tanto, representa un desafío garantizar que sea respetada de la misma forma que para otros adultos. En este sentido, lo han definido como un grupo subordinado a causa de su edad con afectaciones a sus derechos por la percepción estereotipada y negativa que se tiene de ella. Algunos factores que intervienen en este tipo de actitudes hacia las personas mayores en la sociedad occidental son el miedo a la muerte, el énfasis en un ideal joven, la productividad medida en términos de potencial económico y la concentración en la institucionalización de las personas mayores (su internación en hospicios o asilos).⁷²

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, la comunidad internacional comenzó a trabajar a favor de mejorar las condiciones de las personas adultas mayores en un primer momento con la creación del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, aprobado durante la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982. Posteriormente, se siguió fomentando la concientización internacional sobre las necesidades esenciales para el bienestar de las personas adultas mayores mediante los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad aprobados en 1991; los Objetivos Mundiales sobre el Envejecimiento en el año 2001; y la Proclamación sobre el Envejecimiento.⁷³

En este sentido, se puede destacar la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), los cuales fueron aprobados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en su resolución 57/167. Desde su aprobación, el Plan de Acción Internacional de Madrid ha dirigido la preparación de políticas y programas a nivel nacional, ha fomentado la

⁷¹ *Ídem.*

⁷² *Ídem.*

⁷³ Organización de las Naciones Unidas. *Día Internacional de las Personas de Edad. 1 de octubre.* Consultado el 25 de febrero de 2019, en la URL: <http://www.un.org/es/events/olderpersonsday/background.shtml>

formulación de planes nacionales y regionales, y ha proporcionado un marco internacional para el diálogo.⁷⁴

A grandes rasgos, con el Plan de Acción Internacional de Madrid se estableció el compromiso de promover y proteger los derechos humanos, así como la eliminación de la discriminación contra las personas adultas mayores, el abandono, los abusos y la violencia contra ellos. Además, dicho Plan contiene orientaciones sobre el derecho al trabajo, el derecho a la salud, la participación y la igualdad de oportunidades a lo largo de la vida, subrayando la importancia de la participación de las personas adultas mayores en los procesos de toma de decisiones a todos los niveles.⁷⁵

En la región, la Organización de los Estados Americanos aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores⁷⁶ el 15 de junio de 2015, la cual tiene como objetivo promover, proteger y asegurar el reconocimiento y pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, cuyo bienestar deben asegurar conjuntamente el Estado, las familias y la sociedad en general.⁷⁷

Los contenidos de la Convención se pueden dividir en tres categorías:⁷⁸

- Los derechos emergentes, que son nuevos derechos o derechos parcialmente recogidos en la normativa internacional y nacional existente.
- Los derechos vigentes, que son aquellos ya contemplados en las normas internacionales, pero que requieren cambios para adaptarlos a las necesidades específicas de un colectivo, ya sea por medio de nuevas interpretaciones o mediante la ampliación de su contenido.
- Los derechos extendidos, dirigidos específicamente a colectivos que hasta entonces no habían disfrutado de ellos, por omisión o discriminación.

⁷⁴ *Ídem.*

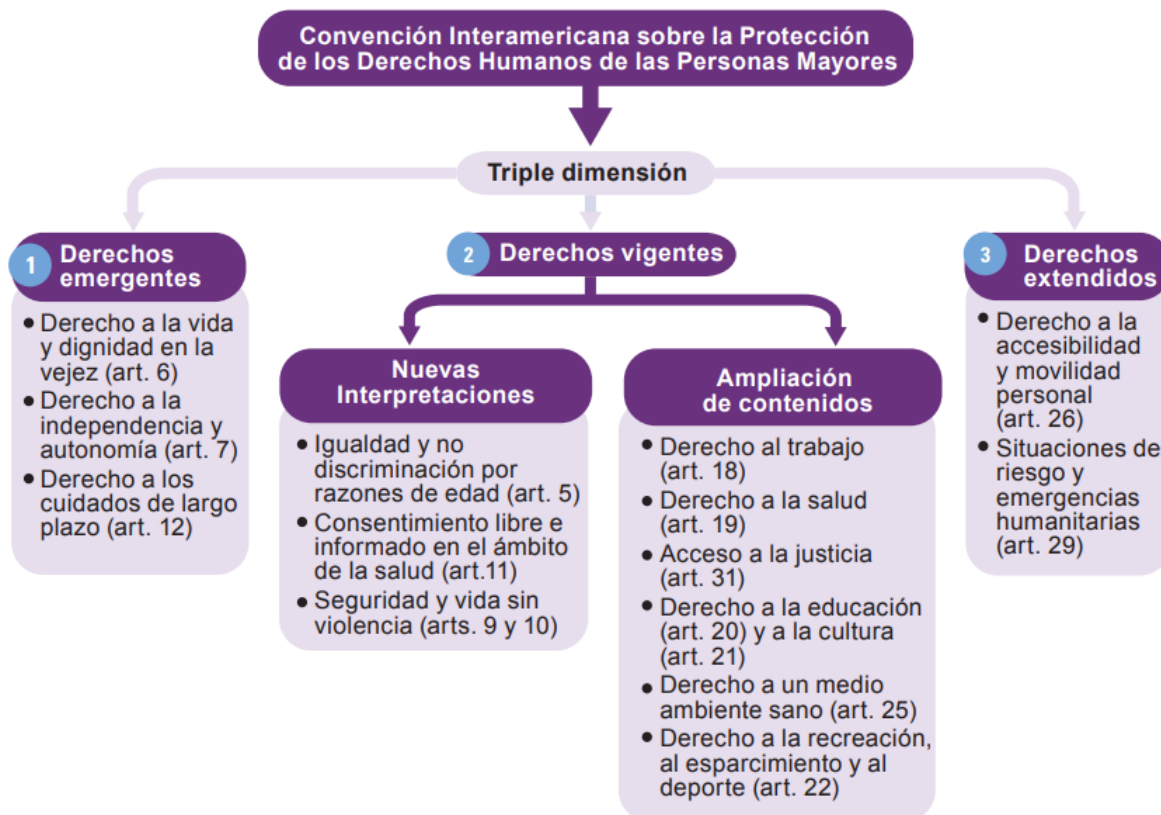
⁷⁵ *Ídem.*

⁷⁶ Este Instrumento se encuentra en proceso de firma y ratificación por parte de México. Mientras que los países que han ratificado la Convención son: Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, El Salvador y Uruguay.

⁷⁷ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *Los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. 4° reimpresión, 2018. Consultado el 25 de febrero de 2019, en la URL: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/27-dh-adultos-mayores.pdf>

⁷⁸ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030*. *Op. cit.*

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores



Fuente: Huenchuan Sandra (2016), “Un paso adelante para los derechos humanos. La protección de las personas mayores en las Américas”, Anuario de Derechos Humanos, Núm. 12, Centro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad de Chile.

Como parte de los temas que incluye la Convención, y que antes no se preveía en otro mecanismo internacional, está el establecimiento de directrices generales que ayudan a interpretar la muerte digna como un derecho humano, ya que de acuerdo a este instrumento se deben proveer las condiciones a las personas mayores para que mantengan su dignidad hasta la muerte. Por ello, se establece que los Estados tienen la obligación de adoptar medidas para que las instituciones públicas y privadas otorguen a la persona mayor un acceso sin discriminación a cuidados integrales –incluidos los cuidados paliativos–, se evite el aislamiento, un manejo apropiado sobre el dolor y el miedo a la muerte de los enfermos terminales. Además, en su artículo 11, se establece el mecanismo de voluntad anticipada en el que la persona manifiesta sus deseos respecto a ciertas intervenciones médicas antes de que se encuentre imposibilitado de poder hacerlo y sea respetado por el médico o el equipo sanitario.⁷⁹

Un factor importante que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe plantea es la necesidad de rediseñar la protección social para que se dé

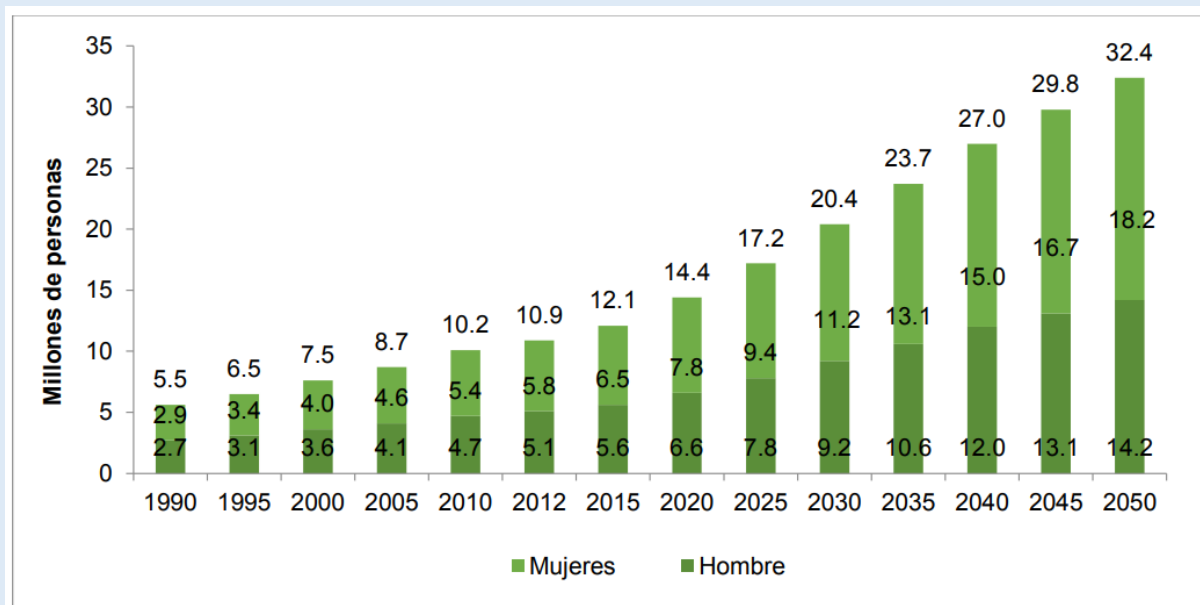
⁷⁹ *Ídem.*

respuesta a las consecuencias de las transformaciones demográficas y, a su vez, prever las soluciones a las demandas de una población en proceso de cambio. En el panorama actual, una gran parte de las personas mayores no tiene acceso a pensiones de vejez que les aseguren protección frente a los riesgos de pérdida de ingresos en la edad avanzada; asimismo, la cobertura de seguridad social de la población ocupada es muy desigual, lo que puede incrementar las posibilidades de desprotección económica para las siguientes generaciones. El organismo exhorta a seguir profundizando los mecanismos para aumentar la protección en la vejez, especialmente en el caso de las mujeres mayores, los ancianos indígenas y la población rural.⁸⁰

Implicaciones para México

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), alrededor de 13 millones de personas tienen 60 años o más, de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1% son hombres. Se estima que la expectativa de vida promedio es de 75.3 años. Además, una tercera parte (34.1%) de este grupo social forma parte de la población económicamente activa (PEA), es decir tienen disposición y capacidad para trabajar.

Gráfica. Evolución y proyección de la población de las Personas Adultas Mayores 1990-2050



Fuente: Dirección General de Análisis y Prospectiva (DGAP) con datos de los Indicadores de la dinámica demográfica 1990-2010 y Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población de México, 2010-2050.

En el país, las personas mayores de 60 años cuentan con la protección establecida en la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Recomendación 162 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre los trabajadores de edad; el Protocolo

⁸⁰ Ídem.

Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (conocido como Protocolo de San Salvador); y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.⁸¹

Además de los derechos humanos que consagra la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en 2002 se estableció la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, la cual tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento. En ella se establece que las personas adultas mayores son aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional. Los derechos humanos que reconoce este ordenamiento jurídico son: a la integridad, dignidad y de preferencia; a la certeza jurídica; a la salud, la alimentación y la familia; a la educación; al trabajo; a la asistencia social; a la participación; de la denuncia popular; y de acceso a los servicios.⁸²

De igual forma, existen diversos ordenamiento jurídicos que se relacionan directa o de forma complementaria con la protección de los derechos de las personas adultas mayores, entre ellos: la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación; la Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas; la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres; la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad; la Ley General de Desarrollo Social; la Ley General de Salud, entre otras.⁸³

La institución rectora de la política nacional a favor de las personas adultas mayores es el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), cuya labor consiste en procurar el desarrollo humano integral de este grupo social, incluyendo la reducción de las inequidades de género. Entre las acciones que realiza destacan:⁸⁴

- Promover los derechos de las personas adultas mayores, con el propósito de garantizar su calidad de vida en materia de salud, alimentación, empleo, vivienda, bienestar emocional y seguridad social.
- Afiliar y entregar credenciales para las personas adultas mayores, que les permitan contar con descuentos en servicios de salud, alimentación, transporte, vestido, hogar, recreación y cultura.
- Elaborar convenios de colaboración con empresas e instituciones públicas y privadas a fin de mantener e incrementar los beneficios a las personas afiliadas.
- Crear modelos de atención gerontológica, así como capacitar personal y supervisar la aplicación de los mismos en centros de atención para personas adultas mayores como casas hogar, albergues y residencias de día.
- Fomentar investigaciones y publicaciones gerontológicas.

⁸¹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *Los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. *Op. cit.*

⁸² *Idem.*

⁸³ Secretaría de Gobernación. *Programa Nacional Gerontológico 2016-2018*. *Op. cit.*

⁸⁴ Instituto Nacional de las Mujeres. *Situación de las personas adultas mayores en México*. Consultado el 25 de febrero de 2019, en la URL: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

En enero de 2019, el Gobierno mexicano implementó el Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores con el que se busca apoyar a 8.5 millones de personas de este grupo social (derechohabientes de 65 años y más en comunidades indígenas, y 68 años y más en el resto del país), con un monto de 1,275 pesos mensuales que se pagarán cada dos meses de manera directa. Cabe mencionar que cuatro de cada diez mexicanos de 65 años y más son pobres, y 629 mil viven en pobreza extrema.⁸⁵

Asimismo, el programa tiene un presupuesto asignado por 101,500 millones de pesos, lo que representa un incremento real de 148%, respecto al programa de Pensión para Adultos Mayores de 2018 que percibió una cifra de 40,996 millones de pesos.⁸⁶ Es importante destacar que de acuerdo a algunos reportes, el gasto per cápita para las personas adultas mayores en México es de 1,123 dólares al año, mientras que en Estados Unidos es de 9,403 dólares y en Japón de 3,727 dólares.⁸⁷

⁸⁵ Secretaría de Bienestar. *Inició el Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores*. 13 de enero de 2019. Consultado el 25 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.gob.mx/bienestar/prensa/inicio-el-programa-pension-para-el-bienestar-de-las-personas-adultas-mayores>

⁸⁶ El Economista. *Presupuesto para apoyo pensionario de adultos mayores crece 148%*. 26 de diciembre de 2018. Consultado el 25 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.eleconomista.com.mx/sectorfinanciero/Presupuesto-para-apoyo-pensionario-de-adultos-mayores-crece-148-20181226-0062.html>

⁸⁷ Reforma. *Critican gasto en salud de tercera edad*. 26 de septiembre de 2018. Consultado el 25 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?id=1501192&urlredirect=https://www.reforma.com/aplicaciones/articulo/default.aspx?id=1501192>

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR ARBOVIROSIS (DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA Y FIEBRE AMARILLA)

Nota informativa⁸⁸

Resumen

Las enfermedades por causa de los arbovirus mayoritariamente son transmitidas a través de la picadura de un insecto, por lo general mosquitos, que han sido infectados por un agente patógeno, en este caso un virus. Éstas son muy comunes en zonas tropicales y subtropicales, sin embargo, el gran flujo de personas y tráfico de mercancías han favorecido su propagación por casi todas las regiones del mundo. Las principales enfermedades de este tipo son dengue, zika, chikungunya y fiebre amarilla, las cuales han alcanzado altos niveles de contagio entre la población. Esto ha llamado la atención de los ministerios de salud de los países donde se han, así como de organizaciones internacionales y regionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

La presente Nota Informativa pretende explicar qué es la arbovirosis, las principales enfermedades previamente mencionadas y su situación en México.

Infecciones Arbovirales

Se le conoce como arbovirosis o infecciones arbovirales a las enfermedades febriles⁸⁹ agudas de áreas subtropicales y tropicales y que son transmitidas por vectores⁹⁰ artrópodos⁹¹. Éstas se encuentran entre las enfermedades emergentes del siglo XXI, y por lo tanto de mayor preocupación para los gobiernos y sus ministerios de salud. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de Salud (OMS, en adelante), estas enfermedades representan más del 17% de todas las enfermedades infecciosas, provocando más de 700,000 muertes al año⁹². Por otro lado, el arbovirus es un término difícil de definir, según los expertos. De acuerdo con un Informe de un Grupo Científico de la OMS, su definición debería admitir criterios como “perpetuación natural debida principalmente o en gran parte a la transmisión biológica entre huéspedes,

⁸⁸ Elaborado en el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado de la República con información citada.

⁸⁹ Relacionadas o que implican fiebre.

⁹⁰ Organismos vivos que pueden transmitir enfermedades infecciosas entre personas, o de animales a personas. Definición de la OMS.

⁹¹ Los artrópodos (artro-articulación, podos-pies) son animales invertebrados dotados de un esqueleto externo y apéndices articulados, como los crustáceos, los insectos y las arañas. Artrópodo significa ‘patas articuladas’. Constituyen el 80% de todas las especies animales existentes y están presentes en casi todos los hábitats.

⁹² OMS. *Enfermedades transmitidas por vectores*. Publicado el 31 de octubre de 2017. Consultado el 27 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases>

multiplicación en los vertebrados (con aparición de viremia⁹³) [...], propagación a otros vertebrados por picadura de los [...] vectores, después de un periodo de incubación extrínseca⁹⁴.

En general, los síntomas de los diferentes tipos de infecciones virales transmitidas por mosquitos y garrapatas son similares, salvo por su gravedad. La mayoría de las infecciones no presenta síntomas, incluso, los casos leves pueden producir sólo un poco de fiebre y/o dolor de cabeza, y su tratamiento es sencillo. En cambio, las infecciones graves se caracterizan por un inicio rápido, dolor de cabeza, fiebre alta, desorientación, temblores, convulsiones, parálisis, coma o la muerte. Los síntomas de las infecciones arbovirales se presentan de 5 a 15 días después de la picadura de un mosquito o una garrapata infectados. Entre las recomendaciones médicas para evitar el contagio, las autoridades recomiendan la aplicación de repelentes contra insectos que contenga DEET (N,N-Dietil-meta-toluamida) para proteger la piel expuesta; el uso de mangas largas y ropa de colores claros; reducir o eliminar el agua estancada; cambiar el agua de los bebederos para aves dos veces por semana; limpiar piscinas, saunas al aire libre y agregarles cloro; drenar el agua de las cubiertas de piletas; diseñar el declive del terreno para eliminar el agua que se acumula en la casa; y confirmar que los mosquiteros de ventanas y puertas funcionen correctamente y estén en buenas condiciones.

Dengue y Dengue Grave

De acuerdo con la OMS, el virus del dengue se transmite por mosquitos hembra principalmente de la especie *Aedes aegypti* y, en menor grado, de *Aedes albopictus*, que también son transmisores de chikungunya, la fiebre amarilla y Zika. Un mosquito infectado puede transmitir el agente patógeno durante toda la vida. Esta enfermedad se presenta en regiones con climas tropicales y subtropicales de todo el planeta, principalmente en zonas semiurbanas y urbanas⁹⁵. Se conocen cuatro serotipos⁹⁶ distintos, pero estrechamente emparentados, del virus: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4⁹⁷. Según información de la OMS, cuando una persona que estuvo infectada por algún serotipo logra recuperarse, adquiere inmunidad de por vida, no obstante, infecciones posteriores por algún otro tipo de serotipo incrementan el riesgo de padecer

⁹³ La viremia es el término empleado para describir la presencia de virus en la sangre. Los virus son organismos microscópicos que necesitan de un huésped, ya sea en animales o humanos, para poder sobrevivir y multiplicarse. Muy interesante. ¿Qué es la viremia? Consultado el 27 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.muyinteresante.es/salud/preguntas-respuestas/que-es-la-viremia-221534506958>

⁹⁴ WHO Scientific Group on Arboviruses and Human Disease & World Health Organization. (1967). *Los arbovirus y su importancia en patología humana: informe de un Grupo Científico de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/iris/handle/10665/38352>

⁹⁵ *Ídem*.

⁹⁶ Serotipo es un microorganismo que puede causar una infección y que se clasifica de acuerdo a los antígenos (sustancia que, cuando ingresa en un organismo de tipo animal, provoca una reacción defensiva) que exhibe en la superficie de sus células.

⁹⁷ Organización Mundial de la Salud. *Dengue y dengue grave*. 13 de septiembre de 2018. Consultado el 21 de febrero de 2019 en la URL: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

dengue grave⁹⁸. De acuerdo con información de la OMS, el dengue afecta principalmente a bebés, niños pequeños y adultos y raras veces resulta mortal.

De acuerdo con información de *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, actualmente, alrededor de 2.5 mil millones de habitantes o el 40% de la población, viven en zonas con riesgo de transmisión del dengue, estando ubicadas en al menos 100 países de Asia, el Pacífico, América, África y el Caribe⁹⁹. Cabe destacar que el dengue pasó de los monos a los humanos en África y el Sudeste asiático, entre hace aproximadamente 100 y 800 años, no obstante, éste se propagó por distintas partes del mundo a mediados del siglo XX, coincidentemente con la detección de mosquitos transmisores de dengue en los vuelos de transporte de mercancías, por lo que los primeros casos de dengue en América Latina y el Caribe aparecieron en 1981¹⁰⁰.

El dengue grave (anteriormente llamado dengue hemorrágico) es una de las variantes del dengue y fue identificado por vez primera en la década de 1950 durante una epidemia en Filipinas y Tailandia. Actualmente afecta a la mayor parte de los países de Asia y América Latina y se ha convertido en una de las causas principales de hospitalización y muerte en los niños de dichas regiones.

La Organización Mundial de la Salud indica que no hay tratamiento específico para el dengue. No obstante, existe una vacuna, Dengvaxia (CYD-TDV), creada por el laboratorio francés Sanofi Pasteur, la cual, de acuerdo con el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP), de la Agencia Europea de Medicamentos, tiene como objetivo prevenir la enfermedad del dengue provocada por los serotipos 1, 2, 3 y 4 en individuos de entre 9 y 45 años infectados y que vivan en áreas endémicas¹⁰¹.

En el caso de la región de América, entre las semanas epidemiológicas¹⁰² (en adelante, semana) 1 y 44 de 2018, un total de 446,150 casos de dengue fueron reportados (una incidencia de 45.9 casos por cada 100,000 habitantes) que

⁹⁸ *Ídem.*

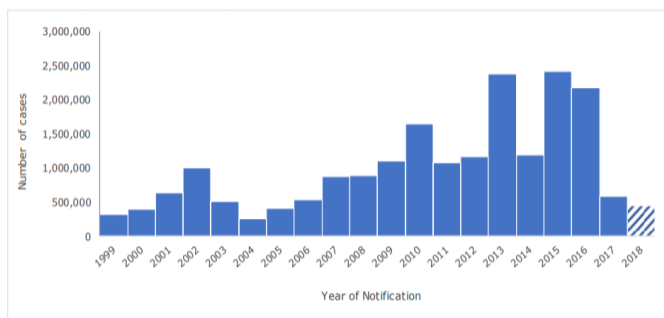
⁹⁹ Centers for Disease Control and Prevention. Dengue. Última actualización: 15 de enero de 2019. Consultado el 27 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.cdc.gov/dengue/epidemiology/index.html>

¹⁰⁰ *Ídem.*

¹⁰¹ World Health Organization. *Immunization, Vaccines and Biologicals. Dengue*. Última actualización: 29 de julio de 2016. Consultado el 27 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.who.int/immunization/diseases/dengue/en/>

¹⁰² Semana epidemiológica es un término que se emplea para estandarizar los periodos de estudio para las epidemias. De acuerdo con una definición utilizada en Estados Unidos y muchos países de Latinoamérica, estas semanas empiezan el primer domingo y termina el próximo sábado.

terminaron en 240 muertes¹⁰³. De este total, 171,123 casos fueron confirmados por laboratorios y 2,164 (0.49%) fueron clasificados como dengue grave¹⁰⁴. Hasta la semana 44 de 2018, 13 países de las Américas reportaron un aumento de los casos de dengue en comparación con 2017, a saber, Antigua y Barbuda, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Paraguay y Venezuela. En comparación con otros años, a finales de 2017 se registraron 581,207 casos, muy por debajo de los registrados en 2016, que fueron 2,178,929. El siguiente gráfico detalla las cifras del dengue en algunos países de América Latina:



Fuente: PAHO/WHO.

En comparación con otros años, a finales de 2017 se registraron 581,207 casos, muy por debajo de los registrados en 2016, que fueron 2,178,929. El siguiente gráfico detalla las cifras del dengue en algunos países de América Latina:

Casos reportados de dengue en América			
Países miembros del Parlatino	Total de casos de Dengue (serotipos)	Confirmados por laboratorio	Muertes
Bolivia	7,597 (1,2,3)	1,348	6
Brasil	265,934 (1,2,3,4)	174,724	155
Colombia	44,825 (1,2,3)	IND	23
Costa Rica	2,036 (1,2)	265	0
Ecuador	3,096 (1)	128	1
El Salvador	8,448 (2)	789	8
Guatemala	6,830 (1,2,3,4)	2,152	18
México	78,621 (1,2,3,4)	12,706	45
Nicaragua	58,746 (2)	2,103	6
Panamá	6,908 (1,2)	4,201	3

¹⁰³ Pan American Health Organization/World Health Organization. *Epidemiological Alert Dengue*. Publicado el 21 de noviembre de 2018. Consultado el 28 de febrero de 2019, en la URL: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2018-Nov-21-phe-epi-alert-dengue.pdf>

¹⁰⁴ *Ídem*.

Paraguay	32,359 (1,4)	3,414	15
Perú	6,930 (2,4)	IND	15
Uruguay	0	0	0
Venezuela	19,118 (1,2,3)	2,440	24

Fuente: Elaboración propia con información de Pan American Health Organization (PAHO).
Nota: IND = Información No disponible.

La Organización Mundial de la Salud recomienda luchar contra los mosquitos vectores evitando que éstos encuentren lugares donde depositar sus huevecillos aplicando el ordenamiento y la modificación del medio ambiente; eliminar correctamente los desechos sólidos y los posibles hábitats artificiales; cubrir, vaciar y limpiar cada semana los recipientes donde se almacena agua para uso doméstico; aplicar insecticidas adecuados a los recipientes en que se almacena agua a la intemperie; utilizar protección personal en el hogar, como mosquiteros en las ventanas, usar ropa de manga larga, materiales tratados con insecticidas, espirales y vaporizadores; mejorar la participación y movilización comunitarias para lograr el control constante de los mosquitos; durante los brotes epidémicos, las medidas de lucha contra los mosquitos de emergencia pueden incluir la aplicación de insecticidas mediante el rociamiento; y vigilar activamente los vectores para determinar la eficacia de las medidas de control.

Chikungunya

La fiebre Chikungunya se transmite a los seres humanos por medio de los vectores *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, los cuales también pueden transmitir otras enfermedades. Esta enfermedad se describió por primera vez durante un brote ocurrido en el sur de Tanzania en 1952, e implica un tipo de virus identificado científicamente como ARN¹⁰⁵ del género alfavirus¹⁰⁶, de la familia *Togaviridae*. Esta clase de mosquitos suelen picar durante el día, principalmente durante la mañana y la noche¹⁰⁷. Cabe mencionar que la palabra “Chikungunya” proviene del idioma Kimakonde, la cual significa doblarse, dando alusión al aspecto que toman los pacientes debido a los intensos dolores articulares¹⁰⁸.

La enfermedad suele aparecer entre 4 y 8 días después de la picadura de un mosquito infectado, aunque el intervalo puede oscilar entre 2 y 12 días. Los principales síntomas del Chikungunya son la aparición súbita de fiebre, la cual viene acompañada de dolores musculares, articulares y de cabeza, además de náuseas, fatiga y erupciones cutáneas. Aunque la mayoría de los pacientes se

¹⁰⁵ Ácido ribonucleico.

¹⁰⁶ Los alfavirus tienen un especial tropismo (o reacción) por el tejido osteoarticular, por lo que los pacientes desarrollan cuadros crónicos reumatológicos similares a la artritis reumatoide. Reumatología clínica. Alfavirus tropicales artritogénicos. Publicado en marzo-abril 2018. Consultado el 28 de febrero de 2019, en la URL: <http://www.reumatologiaclinica.org/es-alfavirus-tropicales-artritogonicos-articulo-S1699258X17300256>

¹⁰⁷ OMS. *Chikungunya*. Publicado en abril de 2017. Recuperado el 28 de febrero de 2019, en la URL: <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/es/>

¹⁰⁸ *Ídem*.

recuperan pronto, algunos otros pueden continuar con los dolores articulares por meses, o incluso años¹⁰⁹.

Pese a que no hay como tal un antivírico, existe un tratamiento el cual consiste en aliviar los principales síntomas, tales como el dolor articular. Su prevención se basa en la reducción de depósitos de agua que sirvan como criaderos de mosquitos. El uso de insecticidas es muy útil para matar a los mosquitos, así como para tratar los depósitos de agua con el fin de matar las larvas inmaduras¹¹⁰.

El chikungunya ha sido detectado en más de 60 países de Asia, África, Europa y América. En diciembre de 2013, Francia notificó dos casos confirmados mediante pruebas de laboratorio en la parte francesa de la isla caribeña de St. Martin. Este fue el primer brote documentado de fiebre chikungunya con transmisión en las Américas¹¹¹. De acuerdo con un informe de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, por sus siglas en inglés), durante el periodo 2013-2014, se registró un total de 1,118,578 posibles casos de chikungunya, de los cuales, 25,627 fueron confirmados¹¹². De las distintas regiones del continente, los mayores posibles casos se documentaron en el Caribe, con 802,714 posibles casos; seguida de Centroamérica, con 169,505 casos; la Región de los Andes, con 127,463; el Caribe no latino, con 17,899; el Cono sur, con 705 y finalmente América del Norte, sin casos registrados¹¹³. En la siguiente tabla se detallan los casos en los distintos países indicados:

Casos reportados de Chikungunya en América			
Países miembros del Parlatino	Total de posibles casos de Chikungunya	Confirmados por laboratorio	Muertes
Bolivia	IND	0	0
Brasil	705	2,196	0
Colombia	90,481	611	3
Costa Rica	0	3	0
Ecuador	IND	19	0

¹⁰⁹ OMS. Chikungunya. *Op. cit.*

¹¹⁰ *Ídem.*

¹¹¹ *Ídem.*

¹¹² Pan American Health Organization / World Health Organization. *Number of Reported Cases of Chikungunya Fever in the Americas, by Country or Territory 2013-2014*. Última actualización: 23 de octubre de 2015. Consultado el 28 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/2015-may-15-cha-CHIKV-cumulative-cases.pdf>

¹¹³ *Ídem.*

El Salvador	135,226	157	0
Guatemala	27,343	198	0
México	IND	155	0
Nicaragua	1,598	2,695	0
Panamá	IND	26	0
Paraguay	IND	1	0
Perú	IND	0	0
Uruguay	IND	IND	IND
Venezuela	37,274	2,486	3

Fuente: elaboración propia con datos de la Organización Panamericana de la Salud.
Nota: IND = Información No Disponible.

Enfermedad por el Virus de Zika

El virus de Zika fue identificado por vez primera en macacos¹¹⁴ (bosques de Zika, Uganda, 1947), cuando se hacía un monitoreo de fiebre amarilla. En 1952 se identificó en el ser humano en Uganda y en Tanzania. Se han registrado brotes de zika en África, América, Asia y el Pacífico. Esta enfermedad es transmitida por el virus del género *Aedes aegypti*, principalmente en las regiones tropicales. Estos mosquitos suelen picar durante el día, especialmente al amanecer y al anochecer. Además del mosquito, puede transmitirse durante el embarazo, mediante contacto sexual, transfusiones de sangre o productos sanguíneos y trasplantes de órganos¹¹⁵.

De acuerdo con un informe de la OMS sobre la situación del zika, 84 países, territorios o zonas subnacionales se encuentra en constante transmisión del vector del virus del zika¹¹⁶. En el caso de América, la Organización Panamericana de la Salud proporciona los siguientes datos:

¹¹⁴ Mono arborícola de los bosques de Asia y África.

¹¹⁵ OMS. *Enfermedad por el Zika*. Publicado el 20 de julio de 2018. Consultado el 1 de marzo de 2019, en la URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>

¹¹⁶ OMS. *Informe sobre la situación. Virus del zika, microcefalia, síndrome de Guillain – Barré*. Publicado el 10 de marzo de 2017. Consultado el 1 de marzo de 2019, en la URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254747/zikasitrep10Mar17spa.pdf;jsessionid=E DB7552D1F6CE8E6C3FDE3A2025A11F5?sequence=1>

Casos reportados de Zika en América			
Países miembros del Parlatino	Total de posibles casos de Zika	Confirmados por laboratorio	Muertes
Bolivia	1,736	486	0
Brasil	19,020	1,379	IND
Colombia	857	607	IND
Costa Rica	382	13	IND
Ecuador	4	4	IND
El Salvador	388	IND	IND
Guatemala	2,300	106	IND
México	860	860	IND
Nicaragua	117	0	IND
Panamá	83	83	IND
Paraguay	145	4	0
Perú	984	IND	0
Uruguay	0	0	0
Venezuela	209	IND	IND

Fuente: Elaboración propia con datos de Pan American Health Organization.
 Nota: IND = Información No Disponible.

La enfermedad producida por el virus de Zika es, en general, relativamente leve y no necesita tratamiento específico. Los pacientes deben estar en reposo, beber líquidos suficientes y tomar medicamentos para el dolor y la fiebre. Aún no se ha desarrollado una vacuna contra esta enfermedad. Además de las medidas de protección mencionadas anteriormente, la Organización Mundial de la Salud recomienda instalar barreras físicas (mosquiteros) en los edificios; mantener puertas y ventanas cerradas; dormir bajo mosquiteros de cama durante el día; utilizar repelentes de insectos que contengan icaridina; proteger y prestar ayuda a grupos vulnerables como niños, enfermos, ancianos y mujeres embarazadas; fumigar con insecticidas; realizar prácticas sexuales seguras o abstenerse de las relaciones sexuales durante el embarazo; las personas que estén de retorno de zonas con transmisión local del virus deben adoptar prácticas sexuales seguras o abstenerse de las relaciones sexuales durante un mínimo de 8 semanas tras el retorno, aunque no haya síntomas, o durante un mínimo de 6 meses en el

caso de los hombres sintomáticos; las mujeres que quieran quedar embarazadas deben esperar al menos 8 semanas antes de intentar la concepción en caso de que no aparezcan síntomas de infección por el virus de Zika, o 6 meses en caso de que uno o ambos miembros de la pareja tengan síntomas.

Las medidas dirigidas a los gobiernos en el Marco de Respuesta Estratégica de la OMS incluyen:

- Definir las investigaciones sobre la enfermedad por el virus de Zika y darles prioridad convocando a expertos y asociados.
- Potenciar la vigilancia del virus de Zika y sus complicaciones.
- Fortalecer la capacidad de los laboratorios para detectar el virus.
- Ayudar a las autoridades sanitarias a aplicar las estrategias de control de los vectores destinadas a reducir las poblaciones de mosquitos del género *Aedes*.
- Elaborar recomendaciones acerca de la atención clínica y el seguimiento de las personas con complicaciones relacionadas con la infección por el virus Zika, en colaboración con expertos y otros organismos sanitarios.

Fiebre Amarilla

De acuerdo con la OMS, la fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica vírica que se transmite por el mosquito *Aedes*. El término “amarilla” tiene que ver con la ictericia¹¹⁷ que afecta a algunos pacientes. Esta enfermedad es muy común en zonas tropicales de África y América Latina, afectando a aproximadamente 900 millones de personas, según cifras de la OMS¹¹⁸.

La Organización Mundial de la Salud señala que el virus de la fiebre amarilla es un arbovirus del género *Flavivirus* transmitido por mosquitos de los géneros *Aedes* y *Haemogogus*, que viven en distintos hábitats. Algunos se crían cerca de las viviendas (domésticos), otros en el bosque (salvajes), y algunos en ambos hábitats (semidomésticos). Esa Organización identifica tres tipos de ciclos de transmisión¹¹⁹:

- *Fiebre amarilla selvática*: En las selvas tropicales lluviosas, los monos, principal reservorio del virus, son picados por mosquitos salvajes que transmiten el virus a otros monos. Las personas que se encuentren en la selva pueden recibir picaduras de mosquitos infectados y contraer la enfermedad.¹²⁰

¹¹⁷ La ictericia genera un color amarillento en la piel y en algunas partes blancas de la piel.

¹¹⁸ World Health Organization. *Enfermedades transmitidas por vectores*. Consultado el 1 de marzo de 2019, en la URL: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/es/index4.html>

¹¹⁹ Organización Mundial de la Salud. *Fiebre amarilla*. Publicado el 1 de mayo de 2018. Consultado el 1 de marzo de 2019, en la URL: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/yellow-fever>

¹²⁰ *Ídem*.

- *Fiebre amarilla intermedia*: Los mosquitos semidomésticos (que se crían en la selva y cerca de las casas) infectan tanto a los monos como al ser humano. El aumento de los contactos entre las personas y los mosquitos infectados aumenta la transmisión, y puede haber brotes simultáneamente en muchos pueblos distintos de una zona. Este es el tipo de brote más frecuente en África.¹²¹
- *Fiebre amarilla urbana*: Las grandes epidemias se producen cuando las personas infectadas introducen el virus en zonas muy pobladas, con gran densidad de mosquitos y donde la mayoría de la población tiene escasa o nula inmunidad por falta de vacunación. En estas condiciones, los mosquitos infectados transmiten el virus de una persona a otra.¹²²

Los principales síntomas de la enfermedad incluyen fiebre, mialgias (o dolor muscular) con dolor de espalda intenso, cefaleas (dolores de cabeza recurrentes), escalofríos, náuseas o vómitos y pérdida de apetito¹²³.

De acuerdo con datos del Informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, entre enero de 2017 y diciembre de 2018, seis países y territorios de la región del continente americano reportaron casos confirmados de fiebre amarilla, a saber, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guyana francesa y Perú. Asimismo, en 2019, Brasil y Perú reportaron casos confirmados entre diciembre de 2018 y enero de 2019¹²⁴. De igual forma, según el informe, Brasil es el país que “se encuentra actualmente en el periodo reconocido históricamente como de mayor transmisión (periodo estacional) que se extiende de diciembre a mayo”, ya que durante el periodo estacional 2016-2017, se reportaron 778 casos humanos, incluyendo 262 muertes, mientras que durante el periodo 2017-2018 se reportaron 1,376 casos humanos, incluyendo 483 defunciones¹²⁵. En lo que va del presente periodo estacional (diciembre 2018-enero 2019), se han reportado en total 12 casos, incluidas 6 defunciones¹²⁶. Por otro lado, en el caos de Perú, entre la semana epidemiológica 1 y la 52 de 2018, se reportaron 20 casos de fiebre amarilla, incluyendo 6 defunciones. De estas 20 notificaciones, 10 se confirmaron por laboratorio y las otras 10 están bajo investigación¹²⁷.

El periodo de incubación de este virus es de 3 a 6 días. En la mayoría de los casos los síntomas desaparecen en 3 o 4 días. Ante un caso de fiebre amarilla, la implementación de un tratamiento en fases tempranas en un hospital es una buena medida para aumentar la tasa de supervivencia. No existe como tal un tratamiento antivírico, pero con tratamientos contra la deshidratación,

¹²¹ *Ídem.*

¹²² *Ídem.*

¹²³ World Health Organization. *Enfermedades transmitidas por vectores. Op. cit.*

¹²⁴ OPS/OMS. *Actualización epidemiológica – Fiebre Amarilla*. Publicado el 25 de enero de 2019. Consultado el 1 de marzo de 2019, en la URL: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=fiebre-amarilla-2178&alias=47623-25-de-enero-de-2019-fiebre-amarilla-actualizacion-epidemiologica&Itemid=270&lang=es

¹²⁵ *Ídem.*

¹²⁶ *Ídem.*

¹²⁷ *Ídem.*

insuficiencia hepática y renal y fiebre, acompañado de antibióticos para tratar las infecciones, pueden concluir en una mejoría para el paciente¹²⁸.

La medida de prevención más importante es la vacunación. La Organización Mundial de la Salud recomienda que se vacune a la mayoría de la población en riesgo (80% o más), para prevenir la transmisión en regiones afectadas por brotes de fiebre amarilla. Las estrategias de vacunación incluyen la inmunización sistemática de lactantes; campañas de vacunación en masa para aumentar la cobertura en países en riesgo, y vacunación de quienes viajen a zonas donde la enfermedad es endémica¹²⁹. Otras medidas importantes son eliminar los posibles lugares de cría de mosquitos y la aplicación de larvicidas a los contenedores de agua y a otros lugares donde haya aguas estancadas; la fumigación con insecticidas para matar los mosquitos adultos durante las epidemias urbanas; y la vacunación de emergencia. Las campañas de control de los mosquitos han resultado exitosas para eliminar el *Aedis aegypti*, vector de la fiebre amarilla urbana, en la mayor parte de América Central y Sudamérica, según la Organización Mundial de la Salud. No obstante, la Organización advierte que el mosquito ha vuelto a colonizar zonas urbanas de la región, con la reaparición del riesgo de fiebre amarilla urbana¹³⁰.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que todos los países en riesgo dispongan al menos de un laboratorio nacional para análisis de sangre básicos para detectar la fiebre amarilla. Estima que un caso confirmado debe considerarse como brote en una población no vacunada, y ser investigado exhaustivamente¹³¹.

Las Infecciones Arbovirales en México

En 1957 se realizó una campaña antivectorial para la eliminación del *Aedes aegypti*, objetivo que se cumplió en 1963, cuando la OPS declaró su erradicación del país. El Instituto Nacional de Pediatría indica que esta situación sólo pudo ser mantenida durante dos décadas, en las cuales hubo una reinfestación paulatina del territorio nacional. Cabe mencionar que no hubo ningún caso publicado de dengue hasta su reemergencia en 1978. La diseminación del mosquito se ha sido de sur a norte en los estados del sureste y Golfo de México hacia la mayoría de las entidades federativas. Esto ha sido facilitado por factores sociales y económicos, así como ambientales que inciden directamente en la evolución y mecanismos de adaptación de diferentes transmisores (cambio climático; crecimiento poblacional; deforestación y urbanización deficiente; disposición inadecuada de desechos sólidos y líquidos; pobres condiciones de vivienda, así como abundantes vectores -mosquitos; migración, viajes turísticos y la mayor velocidad con la que se transporta actualmente la población)¹³².

¹²⁸ Organización Mundial de la Salud. Fiebre amarilla. *Op. cit.*

¹²⁹ *Ídem.*

¹³⁰ *Ídem.*

¹³¹ *Ídem.*

¹³² Arredondo-García JL, Méndez-Herrera A, Medina- Cortina H. Arbovirus en Latinoamérica. *Acta Pediatr Mex.* 2016; 37(2):111-131. Consultado el 16 de agosto de 2016 en <http://www.actapediatrica.org.mx/arbovirus-en-latinoamerica/>

Dengue. - De acuerdo con un informe de la OPS y de la OMS, entre las semanas 1 y 44 de 2018, se registró un total de 78,621 posibles casos de los cuales sólo se confirmaron 12,706 casos, siendo las entidades con más casos confirmados Chiapas, Veracruz, Jalisco, Nuevo León, y Michoacán, además de que no se reportaron casos en la zona centro¹³³.

Chikungunya. - Hasta la semana 52, la Secretaría reportó 39 casos de Chikungunya en 2018, siendo Sinaloa, Chiapas, Michoacán, Yucatán y Veracruz las entidades con más casos confirmados del virus. Hasta la semana 6 del 2019 no se han reportado casos de este virus.¹³⁴

Virus del Zika. - De acuerdo con información de la Secretaría de Salud (SALUD), a la semana epidemiológica 7 de 2019, se han confirmado 10 casos de zika, principalmente en los estados de Sinaloa, Baja California Sur, Morelos, Nayarit y Sonora, mientras que durante el periodo 2015-2018, se registraron 12,783 casos confirmados, dando un total de 12,793 casos confirmado hasta la fecha¹³⁵.

Fiebre Amarilla. - México está actualmente libre de esta enfermedad, no obstante, los especialistas advirtieron que en 2017 podría llegar al territorio nacional toda vez que el mosquito transmisor, *Aedes aegypti*, tiene presencia en el país. A principios de agosto de 2016, la Secretaría de Salud emitió un aviso epidemiológico y una alerta para evitar viajes a países con brotes en África y la parte norte de América del Sur y, en su caso, aplicar la vacuna correspondiente. El último caso de fiebre amarilla en México se registró el 17 de febrero de 1923¹³⁶.

¹³³ Secretaría de Salud. Panorama Epidemiológico de Dengue, 2018. Actualizado al 31 de diciembre 2018. Consultado el 22 de febrero de 2019 en la URL: <https://bit.ly/2TZ9FYA>

¹³⁴ Secretaría de Salud. *Casos Confirmados de Fiebre Chikungunya*, México, *Semana Epidemiológica 07 de 2019*. Publicado el 25 de febrero de 2019. Consultado el 25 de febrero de 2019 en la URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/439414/Cuadro_Casos_y_Def_CHIK_SE07_2019.pdf

¹³⁵ SALUD. Casos confirmados de Enfermedad por Virus del Zika, semana epidemiológica 07 de 2019. Publicado el 25 de febrero de 2019. Consultado el 1 de marzo de 2019, en la URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/439415/Cuadro_Casos_ZIKA_y_Emb_SE07_2019.pdf

¹³⁶ *En 2017 puede llegar fiebre amarilla a México*. Milenio diario, región Laguna. 17 de mayo de 2016. Consultado el 16 de agosto de 2016 en http://www.milenio.com/region/UAAAN_Torreon-Fiebre_amarilla-Dengue_Torreon-Narro_Torreon-Aldo_Ortega_Morales_0_739126455.html y *Alerta SSA sobre retorno de la fiebre amarilla a México; emite alerta de viaje*. La Jornada. 1 de agosto de 2016. Consultado en <http://www.jornada.unam.mx/2016/08/01/sociedad/036n2soc> el 16 de agosto de 2016.

Implicaciones para México

Dada su ubicación geográfica, México no está exento de padecer enfermedades arbovirales. Al igual que muchos ministerios de salud de distintos países, la Secretaría de Salud ha tomado medidas para prevenir y combatir la propagación de los mosquitos transmisores de enfermedades arbovirales. Aunque, en comparación con otros países de la región, no se han confirmado un gran número de personas infectadas con estos virus, no obstante, es importante para la Secretaría de Salud mantener los programas de vacunación y prevención a fin de evitar epidemias y daños a la población. Asimismo, es de suma importancia educar a la población a fin de evitar crear las condiciones para la reproducción de los mosquitos, tales como no tirar basura o llantas usadas en las calles, mantener recipientes de agua tapados y limpios y atender las indicaciones de las autoridades de salud.

Es importante conocer experiencias exitosas de otros países de América Latina y el Caribe para poder impulsar medidas similares desde el Congreso mexicano.

FICHA TÉCNICA SOBRE EL CARIBBEAN RESEARCH AND MANAGEMENT OF BIODIVERSITY (CARMABI)¹³⁷

CARMABI es un Centro de Investigación y Gestión de la Biodiversidad del Caribe, se maneja como Fundación sin fines de lucro.

- Fue establecida en 1955 en la isla de Curazao, como un instituto de investigación marina.
- La Fundación trabaja sobre 4 pilares:
 - ✓ Investigación científica sobre temas ecológicos marinos y terrestres,
 - ✓ Gestión de la naturaleza de parques marinos y terrestres,
 - ✓ Educación ambiental, y
 - ✓ Asesoramiento público y a terceros.
- Además de estos cuatro pilares, el instituto tiene una división de apoyo que incluye laboratorios, biblioteca y soporte técnico.
- En la actualidad, CARMABI proporciona instalaciones y apoyo logístico a más de 70 investigadores visitantes y estudiantes graduados por año, administra nueve áreas protegidas en Curazao, la mayor de las cuales es el *Christoffelpark* de 1,860 hectáreas, y dirige un programa educativo que llega a aproximadamente 12,000 niños por año.
- Genera aproximadamente 25 publicaciones e informes académicos por año.
- CARMABI es un miembro activo y fundador de la Asociación de Laboratorios Marinos del Caribe (AMLC), Alianza para la Naturaleza del Caribe Holandés (DCNA, por sus siglas en inglés), miembro de la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza (UICN) y la asociación de Conservación del Caribe.
- La fundación tiene una junta directiva, actualmente compuesta por cinco representantes y un total de aproximadamente treinta personas, tanto empleados como semi-voluntarios que trabajan en el instituto en todos los departamentos y divisiones.
- La visión general de la organización es ser líder en el Caribe en ciencias naturales aplicadas mediante la adquisición de conocimiento y su dispersión, así como las aplicaciones de gestión de la naturaleza, para apoyar el desarrollo sostenible del medio ambiente.
- La misión es contribuir al desarrollo sostenible y la gestión de los recursos naturales de las Antillas Neerlandesas a través de la investigación, la gestión de la naturaleza y la educación ambiental.

¹³⁷ Elaborada en el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado de la República con información consultada en la URL: <http://www.carmabi.org/carmabi/>

V. Ficha Técnica de Curazao

Brinda información general, incluidos aspectos políticos y económicos del país sede de la reunión.





Superficie: 444 km².

Límites territoriales: limita al sur con Venezuela, al noreste con el Mar Caribe, al noroeste con Aruba y al este con la isla de Bonaire (Países Bajos).

División administrativa: como tal, no posee una división administrativa, no obstante, forma parte de los cuatros países constituyentes del Reino de los Países Bajos (Holanda, Aruba, Curazao y San Martín).

CURAZAO FICHA TÉCNICA

Nombre oficial: Curazao¹³⁸.

Capital: Willemstad.

Día Nacional: 27 de abril (1967, Día del Rey)¹³⁹.

Población: 150,241 habitantes (Est. julio 2018).

Indicadores sociales (Est. 2018)

- **Esperanza de vida:** 78.6 años.
- **Tasa de natalidad:** 13.7 nacimientos / 1,000 habitantes.
- **Tasa de mortalidad:** 8.5 muertes / 1,000 habitantes.

Idioma: Papiamento (81.2% oficial, lengua criolla mezcla del portugués, español, holandés, inglés y en menor medida francés, además de contar con elementos de lenguas africanas y del Arawak), neerlandés (8%, oficial), español (4%), inglés (2.9%, oficial), otros (3.9%).

Religión: católica romana (72.8%), pentecostal (6.6%), protestante (3.2%), adventistas (3%), testigos de Jehová (2%), evangélica (1.9%), otras (3.8%), ninguna (6%), no especificada (0.6%).

Moneda: Florín antillano neerlandés (f)¹⁴⁰.

Fuente: Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación de España; *CIA Factbook*; y Fondo Monetario Internacional.

¹³⁸ De acuerdo con el *Factbook* de la CIA, Curazao no tiene nombre oficial, no obstante, Curazao es el que se emplea en los distintos foros internacionales de los cuales forma parte.

¹³⁹ Éste es el día del cumpleaños del rey o reina gobernante.

¹⁴⁰ El florín neerlandés se subdivide en 100 centavos.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA POLÍTICO

Forma de Estado: Curazao es un país constituyente del Reino de los Países Bajos, el cual se basa en una democracia parlamentaria representativa. El Reino de los Países Bajos es responsable de la defensa y los asuntos exteriores, no obstante, Curazao posee plena autonomía en los asuntos internos desde 2010. Lo anterior se dio gracias a la ratificación en septiembre de 2010 de la Constitución de Curazao, que entró en vigor en octubre del mismo año. Conviene mencionar que, anteriormente, Curazao tenía dos niveles de gobierno: el interno y el de las Antillas holandesas. El Reino estaba conformado por Países Bajos, las Antillas holandesas (de las cuales Curazao formaba parte) y Aruba. Después del 10 de octubre de 2010, la nueva estructura constitucional otorgó mayor autonomía a Curazao, otorgándole el título de país constituyente, junto con Países Bajos, San Martín y Aruba¹⁴¹.

Poder Ejecutivo: el Jefe de Estado es el rey Willem-Alexander de los Países Bajos, desde el 30 de abril de 2013. Éste es representado por el Gobernador de Curazao, cargo que es ocupado actualmente por Lucille A. George-Wout, desde el 4 de noviembre de 2013, después de ser juramentada por el rey Willem-Alexander. Cabe destacar que es la primera mujer en ocupar el cargo¹⁴². Lucille Geoge-Wout es sucesora de Fritz dos Santos Goedgedrag, quien fue el último Procurador General de las Antillas Holandesas. Ocupó el cargo desde el 1 de julio de 2002, hasta la disolución de las Antillas holandesas el 10 de octubre de 2010, cuando se convirtió en el primer Gobernador de Curazao¹⁴³. Posteriormente, el puesto fue ocupado por Adèle van der Pluijm-Vrede, con el título de Gobernadora interina, desde el 24 de noviembre de 2012 (fecha en que renunció el Gobernador Goedgedrag por motivos de salud), hasta el 4 de noviembre de 2013.¹⁴⁴

Por otro lado, el Jefe de Gobierno recae en la figura del Primer Ministro, Eugene Rhuggenaath, quien ocupa el cargo desde el 29 de mayo de 2017.¹⁴⁵ El Honorable Rhuggenaath pertenece al Partido local Alternativa Real (PAR), y es el 8º. Primer Ministro de Curazao¹⁴⁶. El Primer Ministro es elegido después de las

¹⁴¹ CINEX. Curaçao Investment & Export Promotion Agency. Consultado el 12 de febrero de 2019, en la URL: <http://curinvest.com/es/curacao/government/>

¹⁴² De Volkskrant. Koning beëdigt eerste vrouwelijke gouverneur van Curaçao. Publicado el 4 de noviembre de 2013. Consultado el 13 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/koning-beedigt-eerste-vrouwelijke-gouverneur-van-curacao-b71fa512/>

¹⁴³ *Idem*.

¹⁴⁴ Caribbean Elections. Heads of State of Curacao. Consultado el 13 de febrero de 2018, en la URL: http://www.caribbeanelections.com/knowledge/biography/leaders/cw_leaders/cw_heads_of_state.asp

¹⁴⁵ Caribbean Elections. Eugene Rhuggenaath. Consultado el 13 de febrero de 2019, en la URL: http://www.caribbeanelections.com/knowledge/biography/bios/rhuggenaath_eugene.asp

¹⁴⁶ *Idem*.

elecciones legislativas, ya que generalmente el líder del partido mayoritario es quien ocupa dicho puesto¹⁴⁷.

Existe también un Gabinete que es nombrado por el Gobernador.

Poder Legislativo: es compartido por el Gobernador y la legislatura. La legislatura (Parlamento de Curazao) o Estados de Curazao (*Staten van Curaçao*) está conformado por 21 miembros, elegidos en comicios generales para un periodo de cuatro años. Las nuevas legislaturas comienzan siempre el segundo martes de septiembre. Los primeros Estados fueron establecidos el 10 de octubre de 2010, después de la disolución de las Antillas holandesas¹⁴⁸.

El Parlamento de Curazao representa al pueblo y es el órgano superior del sistema político. En este cuerpo legislativo se encuentra la figura del Presidente y Vicepresidente, los cuales son elegidos después de que el nuevo Parlamento ha sido establecido. En caso de que el Presidente se encuentre ausente, el Vicepresidente toma su puesto, y en ausencia de este último, el puesto es ocupado por el miembro de mayor antigüedad en el Parlamento o el que le ha servido por más tiempo.¹⁴⁹ Una de las principales funciones del Parlamento es la de colegislador junto con el Gobernador.¹⁵⁰

El actual Presidente del Parlamento es William W. Millerson, del Partido Alternativa Real (PAR, Partido Antiá Restrukturá) y la Vicepresidenta es Gisélle M. Mc. William, del Partido MAN (MAN, Movementu Antia Nobo, o New Antilles Movement). Las últimas elecciones tuvieron lugar en 2017.

Poder Judicial: el sistema legal está basado en el derecho civil holandés y en cierta medida en el derecho común inglés. El Tribunal Común de Justicia de Aruba, Curazao, San Martín, Bonaire, Sint Eustatitus y Saba (o Tribunal Conjunto de Justicia) es el máximo órgano judicial en Curazao. Está conformado por tres jueces, con puesto vitalicio y nombrados por el monarca. Las apelaciones finales son escuchadas por la Suprema Corte, con sede en La Haya, Países Bajos.¹⁵¹

CONTEXTO POLÍTICO

La isla de Curazao fue descubierta por Alonso de Ojeda, uno de los tenientes de Cristóbal Colón, en 1499. En aquel entonces, la isla era llamada por los españoles como la “Isla de los Gigantes”, dado que los indios Arawak, los

¹⁴⁷ CIA Factbook. Curacao. Consultado el 13 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/uc.html>

¹⁴⁸ Staten van Curaçao. Zittingsperiode. Consultado el 13 de febrero de 2019, en la URL: http://www.parlamento.cw/nederlands/zittingsperiode_3125/

¹⁴⁹ Staten van Curaçao. Benoeming van de Voorzitter. Consultado el 13 de febrero de 2019, en la URL: http://www.parlamento.cw/nederlands/benoeming-van-de-voorzitter_3122/

¹⁵⁰ Staten van Curaçao. Taken. Consultado el 13 de febrero de 2019, en la URL: http://www.parlamento.cw/nederlands/taken_3128/

¹⁵¹ CIA Factbook. Curacao. *Op. cit.*

habitantes originarios de la isla, tenían enormes proporciones físicas.¹⁵² El nombre de “Curaçao” apareció en un mapa portugués, por lo que fue conocida como tal a partir de entonces. La isla estuvo bajo el dominio de los españoles hasta 1634, cuando los holandeses la conquistaron, junto con la isla vecina Bonaire.¹⁵³ Entre los siglos XVII y XIX, la isla fue disputada por los británicos, holandeses y franceses. En 1816, la isla fue recuperada por los holandeses, después de haber estado bajo el control de los británicos desde 1807.¹⁵⁴

Puesto que durante años la isla fue el principal centro del comercio de esclavos en el Caribe, en 1863 sufrió un fuerte golpe económico como consecuencia de la abolición de la esclavitud. A principios del siglo XX, la salud económica de la isla fue restaurada, junto con la de su vecina Aruba, por la construcción de la Refinería Isla¹⁵⁵, la cual fue concebida con el objetivo de refinar y procesar el petróleo de los entonces recién descubiertos campos petrolíferos venezolanos.

Posteriormente, en 1954, Curazao junto con otras posesiones del Caribe holandés decidieron reorganizarse como las Antillas holandesas, siendo parte del Reino de los Países Bajos. Para el siglo XXI, los referendos de 2005 y 2009 cambiaron el contexto político de Curazao. Desde 2005, se había comenzado el proceso para la creación de una nueva reestructuración constitucional, esto como consecuencia de la mala administración financiera en las Antillas holandesas. Después de los distintos referéndums en las islas, la decisión fue tomada el 15 de diciembre de 2008, en la Conferencia de la Mesa Redonda de Curazao:¹⁵⁶ “Las Antillas Holandesas, formadas por Curazao, Bonaire, San Martín, San Eustaquio y Saba, formaron parte del Reino de los Países Bajos junto con los Países Bajos y Aruba hasta la medianoche. La relación política entre los tres países se establece en la Carta para el Reino de los Países Bajos. Esto determina lo que los países deciden por sí mismos y cómo trabajan juntos”.¹⁵⁷

Asimismo, de acuerdo con el artículo 3 del Estatuto para el Reino de los Países Bajos, vigente desde el 17 de noviembre de 2017, algunos asuntos quedan bajo el control del Reino de los Países Bajos, tales como el mantenimiento de la independencia y la defensa del Reino y las relaciones exteriores.¹⁵⁸ Por otro lado, el Estatuto establece en su artículo 43 que “cada uno de los países garantiza la

¹⁵² Smithsonian.com. Curacao – History and Heritage. Publicado el 6 de noviembre de 2007. Consultado el 13 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.smithsonianmag.com/travel/curacao-history-and-heritage-178593325/>

¹⁵³ CIA Factbook. Curacao. *Op. cit.*

¹⁵⁴ Smithsonian.com. Curacao. *Op. cit.*

¹⁵⁵ Refinería Isla Curaçao BV es una filial de Petróleo de Venezuela SA (PDVSA), dedicada a la refinación y producción de productos petrolíferos. La refinería de Emmastad está ubicada en la bahía de Santa Ana, cerca de la capital de Curazao, Willemstad. Refinería Isla Curaçao B. V. Consultado el 13 de febrero de 2019, en la URL: <http://www.refineriaisla.com/main/about/>

¹⁵⁶ Nederlandse Omroep Stichting (NOS). Antillen: wat er verandert. Publicado el 10 de octubre de 2010. Consultado el 13 de febrero de 2019, en la URL: <https://nos.nl/artikel/190167-antillen-wat-er-verandert.html>

¹⁵⁷ *Ídem.*

¹⁵⁸ Overheid.nl. Statuut voor het Koninkrijk der Nederlanden. Consultado el 13 de febrero de 2019, en la URL: https://wetten.overheid.nl/BWBR0002154/2017-11-17#Paragraaf5_Artikel55

realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales, la seguridad jurídica y la solidez de la administración”¹⁵⁹.

Es importante mencionar que Curazao, además de formar parte del Reino de los Países Bajos, es un Territorio de Ultramar de la Unión Europea, lo que significa que los nacionales de Curazao son ciudadanos de la Unión Europea, aunque el país no sea miembro.¹⁶⁰

El pasado 2 de enero de 2019, el Banco Central de Curazao dio a conocer que la crisis en Venezuela continúa afectando la economía, principalmente el sector de la refinación de petróleo, el turismo, el puerto y los servicios financieros. De acuerdo con el Banco Central, las afectaciones indirectas de Venezuela podrían disminuir la expectativa de crecimiento de la economía para el 2019. Asimismo, el número de refugiados que llegan continúa aumentando.¹⁶¹

POLÍTICA EXTERIOR

De acuerdo con el artículo 3 del Estatuto del Reino de los Países Bajos, las relaciones exteriores serán disposición del Reino de los Países Bajos. No obstante, la autonomía de Curazao como país constituyente le permite participar, junto con Aruba y San Martín, como miembro de la Organización Internacional del Trabajo y la Unión Postal Universal (UPU); además, es miembro en calidad de asociado de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) desde el 25 de octubre de 2011.¹⁶² También forma parte del Parlamento Latinoamericano y Caribeño (Parlatino), y la Confederación Parlamentaria de las Américas (COPA).

Conviene mencionar que las delegaciones parlamentarias de Curazao, Aruba, San Martín y los Países Bajos se reúnen dos veces al año durante la Conferencia Interparlamentaria, [... la cual se realiza] en uno de los cuatro países.¹⁶³

El 12 de febrero de 2018, el Presidente de Venezuela, Nicolás Maduro, anunció el cierre de la frontera de su país con las islas vecinas de Aruba, Bonaire y Curazao. Esto fue un fuerte golpe para el comercio del mercado flotante de Willemstad, en donde barcos venezolanos se alineaban, vendiendo mercancías.

¹⁵⁹ *Ídem*.

¹⁶⁰ CIA Factbook. Curacao. *Op. cit.*

¹⁶¹ Noticias Curazao. Crisis en Venezuela sigue afectando a Curazao. Publicado el 2 de enero de 2019, por María Castillo. Consultado el 14 de febrero de 2019, en la URL: <http://noticiascurazao.com/crisis-en-venezuela-sigue-afectando-a-curazao/>.

¹⁶² UNESCO. Lista de Países miembros. Consultado el 14 de febrero de 2019, en la URL: <https://es.unesco.org/countries>

¹⁶³ Staten van Curaçao. Buitenlandse Betrekkingen. Consultado el 15 de febrero de 2019, en la URL: http://www.parlamento.cw/nederlands/buitenlandse-betrekkingen_3164/

El cierre afectó también a la refinería que se ubica en esa isla y al aeropuerto, donde la aerolínea Avior fue la más afectada.¹⁶⁴

El constante flujo de personas que salen de Venezuela para huir de la crisis humanitaria ha fomentado que algunos de sus vecinos tomen medidas para evitar el ingreso ilegal de los refugiados en sus fronteras. Curazao ha tomado medidas similares. En 2017, 1,203 venezolanos fueron deportados de la isla. Un informe de Amnistía Internacional (AI) señalaba que entre 5,000 y 15,000 venezolanos se encontraban en Curazao con estatus de migrante irregular.¹⁶⁵

El lunes 17 de noviembre de 2018 el Primer Ministro de Curazao, Eugene Rhuggenaath, se reunió con su homólogo de los Países Bajos, Mark Rutte, en La Haya, para tratar la crisis de Venezuela y la afluencia de los refugiados en la isla. La visita del Primer Ministro de Curazao también fue aprovechada para mantener reuniones con empresas que deseen hacer negocios en y con Curazao.¹⁶⁶

Por otro lado, el 14 de febrero de 2019 se dio a conocer que el Gobierno de Holanda establecerá un centro para distribuir ayuda humanitaria desde la isla caribeña de Curazao. De acuerdo con declaraciones del Gobierno holandés “Holanda y Curazao han decidido facilitar un puesto de distribución de ayuda humanitaria en Curazao, en estrecha cooperación con el presidente interino de Venezuela Guaidó y Estados Unidos”.¹⁶⁷ Cabe mencionar que Holanda es uno de los países que reconoce a Juan Guaidó como presidente interino de Venezuela.

SITUACIÓN ECONÓMICA

El Producto Interno Bruto (PIB) de Curazao se compone principalmente de servicios, tales como el turismo. En la isla existe un complejo industrial para el procesamiento y la refinación de petróleo perteneciente a la filial de Petróleos de Venezuela S. A. (PDVSA), la Refinería Isla Curacao BV. La refinación y el abastecimiento de combustible son unas de las principales actividades

¹⁶⁴ BBC Mundo. El inesperado perjuicio para Venezuela del cierre de la frontera con Curazao ordenado por el presidente Nicolás Maduro. Publicado por Daniel García Marco, el 12 de febrero de 2018. Consultado el 14 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-42999028>

¹⁶⁵ El Nuevo Herald. Curazao niega protección a los venezolanos que huyen de la crisis, denuncia Amnistía Internacional. Publicado por Sonia Osornio, el 10 de septiembre de 2018. Consultado el 14 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.elnuevoherald.com/noticias/mundo/america-latina/venezuela-es/article218144645.html>

¹⁶⁶ El Diario de Caracas. Primer Ministro de Curazao se encuentra en La Haya para tratar crisis en Venezuela. Publicado el 19 de noviembre de 2018. Consultado el 14 de febrero de 2019, en la URL: <https://diariodecaracas.com/que-sucede/primer-ministro-curazao-se-encuentra-en-la-haya-tratar-crisis-en-venezuela>

¹⁶⁷ Perú 21. Holanda anuncia centro de ayuda humanitaria para Venezuela en Curazao. Publicado el 14 de febrero de 2019. Consultado el mismo día, en la URL: <https://peru21.pe/mundo/crisis-venezuela-holanda-anuncia-centro-ayuda-humanitaria-curazao-nndc-459796>

económicas de la pequeña isla. Es importante mencionar que, de acuerdo con información del *Factbook* de la CIA, la petrolera estatal PDVSA tiene un contrato vigente hasta 2019, mediante el cual “arrienda al Gobierno la única refinería de la isla, que emplea directamente a unas 1000 personas”.¹⁶⁸ Conviene mencionar que la mayor parte del petróleo que se refina en esa isla es importado de Venezuela y exportado a Estados Unidos y Asia, principalmente. Otros de los sectores de los que depende la economía de Curazao son el de transportes, las finanzas extraterritoriales y las comunicaciones.

De acuerdo con información del *Factbook* de la CIA, la isla carece de suelos fértiles y los suministros de agua son inadecuados, aunado a que, dada su pequeña extensión, posee recursos naturales limitados. Lo anterior ha generado problemas presupuestarios, siendo afectados principalmente los sistemas de educación y salud. Cabe mencionar que la economía de Curazao ya marcaba cinco años seguidos de recesión desde la obtención de su autonomía en 2010, no obstante, el periodo 2016-2017 fue el más fuerte de la recesión. Esto ha sido consecuencia de los efectos indirectos de sus socios comerciales más grandes, entre ellos Venezuela, ya que se redujo el turismo y las operaciones de la Refinería Isla se vieron afectadas.¹⁶⁹ En efecto, la producción de petróleo en 2017 fue de 0 barriles al día, según datos del *Factbook* de la CIA.

Lo anterior se vio reflejado en el informe final de la Misión del Artículo IV de 2018 del Fondo Monetario Internacional.¹⁷⁰ El 15 de enero de 2019, los debates terminaron entre las autoridades del FMI y las del Reino de los Países Bajos (Curazao y San Martín), por lo que se obtuvieron los resultados finales en los que se argumenta que la economía de Curazao ha sido golpeada fuertemente por los efectos indirectos de sus socios comerciales más grandes. En efecto, el Centrale Bank van Curaçao en San Martín señala que el PIB de la isla pasó de -1.0% en 2016 a -1.7% en 2017, para finalmente situarse en un -2.0% en 2018, de acuerdo a las proyecciones del FMI.¹⁷¹

¹⁶⁸ *Ídem*.

¹⁶⁹ International Monetary Fund. Kingdom of the Netherlands—Curaçao and Sint Maarten. Publicado en enero de 2019. Consultado el 14 de febrero de 2019, en la URL: <https://www.centralbank.cw/reports-curacao-sint-maarten>

¹⁷⁰ De acuerdo con información del FMI, “En virtud del Artículo IV de los Artículos de Acuerdo del FMI, el Fondo mantiene conversaciones bilaterales con los miembros, generalmente cada año. Un equipo de personal visita el país, recopila información económica y financiera y discute con los funcionarios los desarrollos y las políticas económicas del país. Al regresar a la sede, el personal prepara un informe, que constituye la base para el debate de la Junta Ejecutiva”. IMF Executive Board Concludes 2018 Article IV Consultation Discussions with the Kingdom of the Netherlands—Curaçao and Sint Maarten. Publicado el 25 de enero de 2019. Consultado el 14 de febrero de 2019, en la URL: https://www.imf.org/en/News/Articles/2019/01/25/pr1917-curacaosintmaarten-imf-executive-board-concludes-2018-article-iv-consultation-discussions#_ftn1

¹⁷¹ International Monetary Fund. Kingdom of the Netherlands—Curaçao and Sint Maarten. *Op. cit.*

El organismo internacional estima que la economía de Curazao experimentará un crecimiento en 2019, aunque ligero, pero registrando números positivos. De acuerdo con las proyecciones del FMI, se espera un crecimiento de 0.2%. Otro rubro en el que el FMI proyectó cambios es en el porcentaje del PIB que representa la balanza de pagos de Curazao, pasando del -32.4% en 2016 a -28.5% en 2018. La misma institución pronostica que el porcentaje de la balanza de pagos se ubique en un -28.3% en 2019.

Por otra parte, las tasas de desempleo parecen continuar con la misma tendencia, ya que en 2016 se registró una tasa de desempleo de 13.3%, 14.1% para 2017, 14.5% para 2018, para finalmente ubicarse en un 14.3% en 2019, según proyecciones del FMI.

<p>Comercio exterior¹⁷²</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exportaciones: 555.6 mil millones de dólares (2017). • Importaciones: 540.3 mil millones de dólares (2018). <p>Principales socios comerciales (2015)¹⁷³</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exportaciones: Brasil (26%), Suiza (20%), Nicaragua (14%), Estados Unidos (13%), Belice (5%). • Importaciones: Brasil (32%), Estados Unidos (20%), Colombia (10%), Singapur (8%), Holanda (7%). 	<p>Principales exportaciones: productos derivados de petróleo, petróleo, pescado congelado.</p> <p>Principales importaciones: petróleo crudo, alimentos, manufacturas, petróleo refinado, buques de pesca, bebidas alcohólicas.</p>
---	---

Fuente: Elaboración propia con información del Factbook de la CIA y del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo de la República Dominicana.

¹⁷² CIA. *The World Factbook*. Op. cit.

¹⁷³ Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo de la República Dominicana. Naciones Caribeñas del Reino de los Países Bajos: Aruba, Curazao y Sint Maarten. Consultado el 14 de febrero de 2019, en la URL: <http://economia.gob.do/despacho/unidad-de-estudios-de-politicas-economicas-y-sociales-del-caribe-uepesc/serie-informe-pais-republica-dominicana-y-el-caribe/>



VI. Ficha Técnica de México



FICHA TÉCNICA MÉXICO



MÉXICO EN DATOS Y CIFRAS

Descripción general de México: su geografía, población, organización política, economía y comercio internacional.

INFORMACIÓN GENERAL

Día nacional. 16 de septiembre.

Extensión geográfica: 1, 964,375 Km². Décimo tercero a nivel mundial.

Fronteras: 3,152 km con Estados Unidos; 956 km con Guatemala, y; 193 km con Belice.

Población total: 125,191,900 habitantes. 64,8 millones de mujeres (51.8%) y 60,3 millones de hombres (48.2%).

Esperanza de vida al nacer (años). 75.47: hombres 73.01 y mujeres 78.05.

Tasa de crecimiento de la población. 1.4%.

Tasa de natalidad (nacidos vivos por cada 1,000 hab.). 18.3.

Tasa de fecundidad (hijos por mujer). 2.2.

Tasa de mortalidad. 5.8.

Población activa. 59.4%.

Porcentaje de población activa por sectores. Sector agropecuario 13.3%; sector industrial y de la construcción 25.6% y sector comercio y servicios 60.5%.

Población urbana (% del total). 80%. El 28% de la población total se ubica en las zonas metropolitanas

del Valle de México, Guadalajara, Monterrey y Puebla-Tlaxcala.

Población en situación de pobreza (% del total). 50.6%.

Población indígena estimada (% del total). 6.6%.

Nivel de cobertura de educación superior. 34.1%.

Lenguas indígenas. Náhuatl, maya, zapoteco, mixteco, otomí, entre otras.

Ranking de población mundial. Décimo primer lugar (125,191,900 hab.), después de China, India, Estados Unidos, Indonesia, Brasil, Pakistán, Nigeria, Bangladesh, Rusia y Japón.

Religión. Católicos (92, 924,489) 82.9%; pentecostales (1, 782,021) 1.6%; Testigos de Jehová (1, 561,086) 1.4% y, otras Iglesias evangélicas (5, 595,116) 5%.

SISTEMA POLÍTICO

Forma de gobierno. República representativa, democrática, laica y federal.

Mujeres en el gabinete presidencial:

- Secretaria de Gobernación, Olga Sánchez Cordero.

- Secretaria de Bienestar, María Luisa Albores.
- Secretaria de Economía, Graciela Márquez Colín.
- Secretaria del Trabajo y Previsión Social, Luisa María Alcalde.
- Secretaria de Medio Ambiente y Recursos Naturales, Josefa González Blanco.
- Secretaria de Energía, Norma Rocío Nahle.
- Secretaria de Cultura, Alejandra Frausto.
- Secretaria de la Función Pública, Irma Eréndira Sandoval.

Porcentaje de mujeres y hombres en el Congreso:

La conformación del Poder Legislativo es el siguiente:

- LXIV Legislatura del H. Senado de la República: 65 hombres (50.78%) y 63 mujeres (49.2%).
- LXIV Legislatura de la H. Cámara de Diputados: 259 hombres (51.8%) y 241 mujeres (48.2%).
- México ocupa el 4° lugar a nivel mundial en el ranking de mujeres en el Parlamento con 48.2% en la Cámara de Diputados y 49.2% en el Senado de la República.

Poder Judicial:

- Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Tribunal Electoral.
- Tribunales Colegiados de Circuito.
- Tribunales Unitarios de Circuito.
- Juzgados de Distrito.
- Consejo de la Judicatura Federal.

Gobernadoras. Dos: Claudia Artemiza Pavlovich Arellano (Estado de Sonora) y Claudia Sheinbaum Pardo (Ciudad de México).

INDICADORES ECONÓMICOS

PIB (US\$ a valores de paridad de poder adquisitivo). 2 billones 406 mil 199 millones de dólares.

PIB per cápita (US\$ a valores de paridad de poder adquisitivo). 19,480 dólares.

Crecimiento del PIB anual. 1.8%.

Participación de los principales sectores de actividad en el PIB (agricultura, industria y servicios).

Sector primario: 4.2% equivale a 902,946 millones de pesos. **Sector secundario** 31.0% equivale a 6,697,682 millones de pesos. **Sector terciario:** 64.8% equivale a 14,001,350 millones de pesos.

Participación de mujeres y hombres en el PIB (% de la población económica).

Hombres 61.9%; Mujeres 38.1%.

Salario mínimo. \$102.68 equivale a 5.3 dólares.

Tasa de inflación. 4.83%.

Deuda pública (% PIB). 48.2%.

Deuda externa. 199,548 millones de dólares.

Déficit público. 233 mil 693 millones de pesos (1.1% del PIB).

Desempleo (% de la población económica). 3.2%.

Gasto público en salud/PIB. 5.3%.

Gasto público en educación/PIB. 3.75%.

Inversión en investigación y desarrollo/PIB. 0.57%.

Reservas internacionales. 174 mil 937 millones de dólares

PRINCIPALES PRODUCTOS

- 12° productor mundial de alimentos.
- Primer lugar como exportador de café orgánico.
- Principal país exportador del sector agroalimentario del mundo en productos como cerveza, tomate, chiles y pimientos, además de sandía, pepino, limón, aguacate, cebolla, tequila, papaya, entre otros. Segundo lugar en el orbe en exportación de espárragos, garbanzo, nuez sin cáscara, artículos de confitería y col; y el tercero en berenjena, aceite de sésamo, miel, fresa, espinaca, jugo de naranja, apio y café descafeinado.
- Primer productor mundial de plata con 192.9 millones de onzas.
- Décimo primer productor de petróleo a nivel mundial.
- Se ubica entre los 10 principales productores de 16 diferentes minerales: plata, bismuto, fluorita, celestita, wollastonita, cadmio, molibdeno, plomo, zinc, diatomita, sal, barita, grafito, yeso, oro, entre otros.
- Uno de los primeros 10 países productores de cobre en el mundo con 452.4 mil toneladas.

COMERCIO E INVERSIÓN

Principales países origen de importaciones:

- Estados Unidos de América. 179,582.7 millones de dólares.
- China 69,520.7 millones de dólares.
- Japón 17,751.1 millones de dólares.

Principales países destino de exportaciones:

- Estados Unidos de América. 302,654.5 millones de dólares.
- Canadá. 10,427.0 millones de dólares.
- China. 5,407.4 millones de dólares.

Principales productos de exportación.

Bienes manufacturados (armadoras de automóviles, embotelladoras de refrescos, empacadoras de alimentos, laboratorios farmacéuticos entre otros), petróleo y productos derivados, plata, frutas, vegetales, café y algodón.

Participación porcentual de las exportaciones petroleras y no petroleras. Manufactureras 86.6%, vehículos ligeros 75.8%, petróleo crudo 5.9%, agropecuarias 4.6%, otros derivados del petróleo 1.7% y extractivas 1.2%.

Principales productos de importación.

Máquinas y material eléctrico, aparatos mecánicos, calderas, vehículos terrestres y sus partes, combustibles minerales y sus productos, plástico y sus manufacturas, instrumentos y aparatos de óptica y médicos, manufacturas de fundición de hierro o acero, caucho y productos químicos orgánicos.

Participación porcentual de las importaciones petroleras y no petroleras. Manufactureras 86.4%, derivados del petróleo 6.6%, agropecuarias 3.0%, petroquímica 2.3%, gas natural 1.2% y extractivas 0.5%.

Comercio:

Exportaciones. 409,494 (miles de millones de dólares).

Importaciones. 420,369 (miles de millones de dólares).

Saldo en balanza comercial. -10,875 millones de dólares.

Principales socios comerciales.

Estados Unidos (24,874 mdd); Canadá (1,844 mdd); Unión Europea (1,521 mdd); Japón (1,054 mdd) y, Centroamérica (1,004 mdd).

Inversión Extranjera Directa. 31,604.3 millones de dólares (2018).

Tratados de libre comercio. México cuenta con una red de 12 Tratados de Libre Comercio que le permite tener acceso a los mercados de 46 países.

Ranking económico. Décimo quinto lugar (1, 149,236 mdd), después de Estados Unidos de América, China, Japón, Alemania, Reino Unido, India, Francia, Brasil, Italia, Canadá, República de Corea, Rusia, Australia y España.

INDICADORES INTERNACIONALES

Coefficiente GINI. 51.1.

Índice de desarrollo humano (IDH). 0.774, lugar 74 (Alto).

Índice de globalización. Lugar 70, con 62.29%.

Índice de competitividad global 2016-2017. 51, evaluado con 4.41.

Índice global de innovación. Lugar 58, con puntuación de 35.79.

Índice de libertad económica. Lugar 80.

Índice de facilidad para hacer negocios. Lugar 49 con 72.27 de calificación (2018).

Ranking mundial en el índice de transparencia. 123.

Índice global de la brecha de género. Lugar 66, con puntuación de 0.7. **La puntuación más alta es 1 (igualdad) y la más baja posible es 0 (desigualdad).**

Ranking de las mejores universidades del mundo:

- **113.** Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- **178.** Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM).

MEXICANOS EN EL MUNDO

Mexicanos en el mundo. 97.33% de los mexicanos que viven en el exterior radica en los Estados Unidos de América. **Los tres países con mayor registro de mexicanos son: Estados Unidos (11,714,500); Canadá (118,249) y España (51,140).**

Remesas. Cuarto receptor a nivel mundial: India (65 mil 450 millones de dólares=11.2%); China (65 mil 172 millones de dólares=11.1%); Filipinas (29 mil 100 millones de dólares=5.0%) y, México (28 mil 143 millones de dólares=4.8%).

Representaciones Diplomáticas en el exterior.

Embajadas: 80; Consulados: 67, y Misiones Permanentes: 7.

OTROS INDICADORES

Sitios inscritos en la lista de patrimonio mundial cultural y natural de la humanidad. México cuenta con 34 sitios inscritos en la Lista de Patrimonio Mundial, de los cuales, 6 bienes son naturales, 27 bienes son culturales y 1 es mixto.

Ranking mundial en turismo. Sexto lugar (39 millones de visitantes), después de Francia,

Estados Unidos, España, China, Italia, Reino Unido y Alemania.

PREMIOS NOBEL. Octavio Paz y Lozano (Literatura-1990); Alfonso García Robles (Paz-**1982**) y, Mario Molina Pasquel y Henríquez (Química-1995).

Documento elaborado por el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques con información de: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; Instituto Nacional de las Mujeres; The World Bank; Secretaría de Educación Pública; Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior; Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; Instituto de los Mexicanos en el Exterior; Secretaría General del Consejo Nacional de Población; Fundación Bancomer; BBVA Research México; Instituto Matías Romero; ProMéxico; Presidencia de la República; Secretaría de Economía; International Monetary Fund; Comisión Nacional de los Salarios Mínimos; Banco de México; Secretaría de Hacienda y Crédito Público; Secretaría del Trabajo y Previsión Social; Asociación Mexicana de la Industria Automotriz A.C.; Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; Cámara de Diputados; Senado de la República; Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; The KOF Index of Globalization; World Economic Forum; World Intellectual Property Organization; The Heritage Foundation; Transparency International; QS Top Universities; Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Embajada de México en Japón; Conferencia Nacional de Gobernadores; Inter-Parliamentary Union; Periódico Excelsior; Suprema Corte de Justicia de la Nación; Programa de Resultados Electorales Preliminares; Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres; Oficina de la UNESCO en México; Secretaría de Turismo y Universidad Nacional Autónoma de México. Actualización: 4 de marzo de 2019





VII. Anexo





PARLAMENTO LATINOAMERICANO

PROPUESTA DE PROYECTO DE LEY

**LEY MODELO PARA EL CONTROL DE POBLACIONES DE
INSECTOS TRANSMISORES DE ARBOVIRUS**

AGOSTO DE 2016

PROPUESTA DE PROYECTO DE LEY

LEY MODELO PARA EL CONTROL DE POBLACIONES DE INSECTOS TRANSMISORES DE ARBOVIRUS

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los vectores son animales que transmiten patógenos, entre ellos parásitos, de una persona (o animal) infectada a otra y ocasionan enfermedades graves en el ser humano. Estas enfermedades son más frecuentes en zonas tropicales y subtropicales y en lugares con problemas de acceso al agua potable y al saneamiento.

Las enfermedades transmitidas por vector representan un importante reto para la salud pública a nivel global y condicionan alrededor del 17% de la carga mundial estimada de enfermedades infecciosas. Dentro de estas enfermedades se destacan cuatro que tienen el común denominador de ser transmitidas por los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus*: dengue, chikungunya, zika y fiebre amarilla. Estas arbovirosis se asocian al ambiente urbano doméstico, a los hábitos de la población y a la carencia de servicios básicos como el suministro de agua, así como la falta de recolección de basura y desechos de la vivienda.

Los perjuicios que ocasiona en la población y en las economías de los diversos países de Latinoamérica, obliga al sector de la salud a buscar mecanismos conjuntos que fortalezcan las acciones de prevención de enfermedades que han demostrado ser efectivas, así como garantizar el acceso a servicios de salud de calidad. En la actualidad se conoce que muchos casos son prevenibles mediante acciones para el control de los vectores, o que pueden ser tratados satisfactoriamente si se detectan a tiempo.

Las enfermedades producidas por arbovirus son un problema muy grave a nivel mundial, debido a que su vigilancia y prevención implica también la vigilancia de sus vectores, lo que hace difícil su control y casi imposible evitar su expansión a cualquier país tropical o subtropical.

Por lo anterior, se presenta esta propuesta de Ley marco para el control de poblaciones de insectos transmisores de arbovirus, con la finalidad de abordar estas enfermedades de manera integral en los países latinoamericanos, de manera que contribuya a actualizar el enfoque de salud mediante una normativa que aborda medidas de contención y manejo conjunto de los actores de la sociedad para combatir estos males.

DENGUE

El dengue es una infección vírica transmitida por la picadura de las hembras infectadas de mosquitos del género *Aedes*. Hay cuatro serotipos de virus del dengue (DEN 1, DEN 2, DEN 3 y DEN 4). El dengue se presenta en los climas tropicales y subtropicales de todo el planeta, sobre todo en las zonas urbanas y semiurbanas. Los síntomas aparecen 3–14 días (promedio de 4–7 días) después de la picadura infectiva. Esta es una enfermedad similar a la gripe que afecta a lactantes, niños pequeños y adultos.

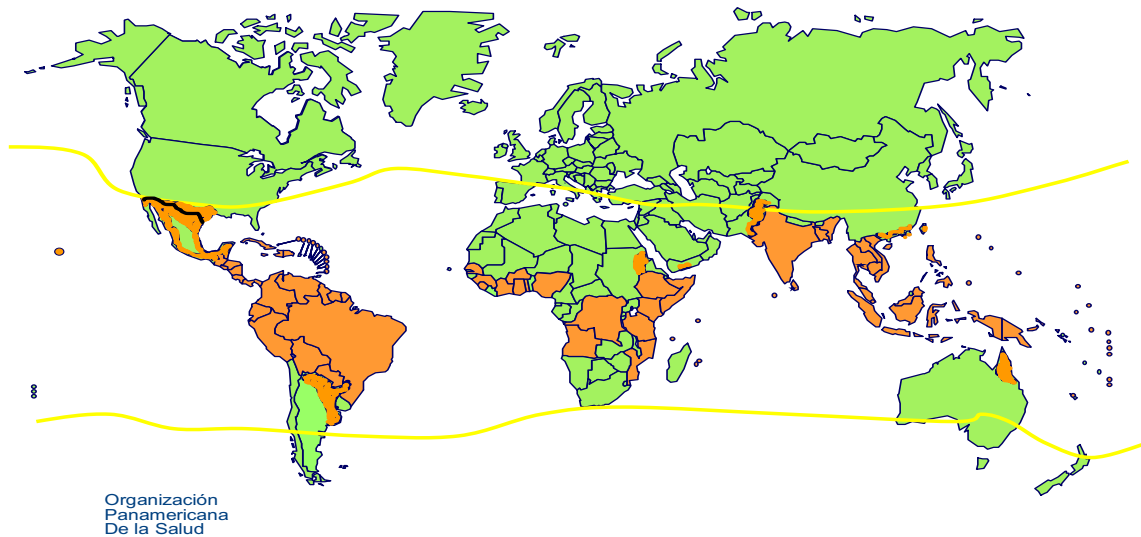
Los síntomas son una fiebre elevada (40C°) acompañada de: dolor de cabeza muy intenso, dolor detrás de los globos oculares, dolores musculares y articulares, náuseas, vómitos, agrandamiento de ganglios linfáticos o salpullido.

El dengue grave es una complicación potencialmente mortal porque cursa con extravasación de plasma, acumulación de líquidos, dificultad respiratoria, hemorragias graves o falla orgánica.

No hay tratamiento específico del dengue, ni del dengue grave y por el contrario, se ha convertido en la enfermedad viral transmitida por mosquito de más rápida propagación en el mundo. En los últimos 50 años, su incidencia ha aumentado 30 veces con la creciente expansión geográfica hacia nuevos países y, en la actual década de áreas urbanas a rurales. Anualmente ocurre un estimado de 50 millones de infecciones por dengue y, aproximadamente, 2,5 millones de personas viven en países con dengue endémico.

El dengue se transmite a los humanos mediante picaduras de los mosquitos *Aedes* infectados, principalmente el *Aedes aegypti*, el cual es una especie tropical y subtropical ampliamente distribuida alrededor del mundo, especialmente entre las latitudes 35°N y 35°S. El mosquito se desarrolla en lugares cubiertos de agua, principalmente en recipientes artificiales ubicados con frecuencia en viviendas, llantas, baldes, tanques, tarros, bebederos de animales, chatarra y plásticos, lo cual significa que el hábitat humano juega un papel muy importante para que se dé el ciclo de transmisión.

Zonas de riesgo de transmisión del dengue



Esta enfermedad representa una importante carga para la salud y la economía a nivel mundial. Además, afecta a todos los niveles de la sociedad, pero la mayor carga puede darse en las poblaciones más pobres que crecen en comunidades con suministro inadecuado de agua y falta de buenas infraestructuras para desechos sólidos, y donde las condiciones son más favorables para la multiplicación del *Aedes aegypti*. Los niños están en un mayor riesgo de dengue grave.

El dengue es un problema en la región latinoamericana a pesar de los esfuerzos por contenerlo y mitigar el impacto de las epidemias. Esta es una enfermedad infecciosa, sistémica y dinámica. La infección puede cursar en forma asintomática o expresarse con un espectro clínico amplio que incluye las expresiones graves y las no graves. Después del período de incubación, la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación.

El dengue requiere abordarse como una única enfermedad con presentaciones clínicas diferentes que van de estados benignos hasta evolución clínica severa y desenlaces que causan la muerte.

**Incidencia de infecciones por virus del dengue en América
Noviembre de 2015 (semana 45)**

Subregiones	Dengue	Tasa incidencia x 100.000 habitantes	Dengue grave	Muertes	Tasa de letalidad
Norteamérica, Centroamérica y México	350,017	208,7	5,365	53	0,02
Andina	177,855	129,2	1,342	120	0,07
Cono Sur	1,573,643	610,6	1,496	814	0,05
Caribe hispano	14,769	58,0	89	89	0,60
Caribe inglés y francés	2,355	12,4	0	0	0,00
Total	2,118,639	348,7	8,292	1,076	0,05

Número de casos reportados de dengue y dengue grave en América.
Fuente: Organización Panamericana de la Salud. 2015

CHIKUNGUNYA

El chikungunya es un virus que se transmite por la picadura de mosquitos como el *Aedes aegypti* y el *Aedes Albopictus*, las mismas especies involucradas en la transmisión del dengue. Provoca fiebre alta, dolor en las articulaciones, dolor de cabeza y muscular. Aunque rara vez provoca la muerte, el dolor en las articulaciones puede durar meses o años y en ocasiones convertirse en un dolor crónico y causa de discapacidad para algunas personas. No existe un tratamiento específico ni una vacuna disponible para prevenir la infección de este virus.

El nombre chikungunya significa a grandes rasgos “aquel que se encorva” y describe la apariencia inclinada de las personas que padecen la característica y dolorosa artralgia.

La enfermedad fue descrita por primera vez durante un brote en el sur de Tanzania en 1952, y actualmente se la ha identificado en Asia, África, Europa y, desde finales de 2013, en América.

La prevención o reducción de la transmisión del virus del chikungunya depende enteramente del control de los mosquitos vectores o la interrupción del contacto humano-vector.

A continuación se presenta un reporte reciente de la situación de la propagación de la enfermedad en el continente Americano.

**Países/territorios con transmisión autóctona
o casos importados de Chikungunya
en las Américas, SE 49, 2013 - SE 31, 2016**



Fuente de datos:
OPSI/OMS. Número de casos reportados de fiebre chikungunya en las Américas
<http://www.paho.org/viruschikungunya>
Producción del Mapa:
OPS-OMS AD CHA IRARO

* Nota: Se han representado en el mapa países enteros aunque no haya evidencia de presencia del virus en todo el país.
© Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2016. Todos los derechos reservados.
Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana 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.

ZIKA

El virus del zika, es una enfermedad que se transmite por picadura del mosquito *Aedes Aegypti*, el mismo es responsable de dengue y chikungunya y se cataloga como arbovirus, pertenece al género flavivirus que son animales invertebrados como zancudos y garrapatas.

Este virus fue detectado en la década de 1940 en África, era desconocido en América hasta el año 2015, cuando apareció en el noreste de Brasil, país en el cual comenzó a propagarse. En dicho lugar las autoridades sanitarias lo relacionaron con el nacimiento de bebés con cabezas anormalmente pequeñas, una condición neurológica llamada microcefalia.

A esta enfermedad también se le ha relacionado con el desarrollo del síndrome de Guillain-Barré que ya se ha detectado en 11 países, entre ellos se ha destacado un aumento de casos en Brasil, Colombia, El Salvador, Surinam y Venezuela.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) encendió la alarma ante la propagación constante en muchos países de este arbovirus. Desde el 2015 hasta la fecha 42 países en América confirmaron casos autóctonos de transmisión vectorial por el virus del Zika.

Algunos de los lugares de América donde se han detectado casos, son los siguientes:

Antigua	Costa Rica	San Bartolomé
Anguila y Barbuda	Cuba	San Martín
Argentina	Curazao	San Vicente y las
Aruba	Dominica	Granadinas
Barbados	Ecuador	Santa Lucía
Belice	El Salvador	Suriname
Bolivia	Granada	Trinidad y Tobago
Bonaire	Guadalupe	Islas Turcas y
San Eustaquio y	Guatemala	Caicos
Saba	Guyana Francesa	Islas Vírgenes
Brasil	Guyana	Venezuela.
Colombia	Dominica	

Estados Unidos, Argentina, Chile y Perú reportaron casos de zika, transmitidos sexualmente.

En Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Jamaica, México, Nicaragua, Puerto Rico, y Venezuela, se observa una tendencia creciente de casos de zika.

SÍNTOMAS

Las síntomas son similares al dengue y chikungunya, tales como dolores musculares, de cabeza, erupciones cutáneas y conjuntivitis

TRATAMIENTO.

Consiste en aliviar el dolor y la fiebre o cualquier otro síntoma que cause molestia al paciente.

ZIKA Y LA ECONOMÍA

A pesar de que hasta julio de 2016 no se han reportado muertes a causa del zika, sí existe una importante afectación sobre la economía de los países pues la propagación del mosquito perjudica el comercio, provoca menos flujo de turismo

hacia destinos donde la epidemia se ha extendido, mayores costos de atención en salud y un elevado número de incapacidades laborales como consecuencia del virus.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta en su sitio oficial cerca de 4 millones de casos de ausencias laborales en América Latina y el Caribe, por efectos del zika, según sus cálculos.

Desde mediados del año 2015, el virus del zika se ha extendido por el continente, afectando principalmente a países como Brasil, donde se estima que habrá durante el 2016 1,5 millones de infectados, y Colombia, que tendrá unos 600.000.

Adicionalmente, el Banco Mundial proyecta que US\$63.900 millones es el impacto global a causa de esta enfermedad. De este monto US\$3.500 millones es el efecto en América Latina y el Caribe. Este impacto hace necesario que todos los países de América, en unísono tomen acciones conjuntas que permitan combatir los males provocados por los mosquitos transmisores (*Aedes*), los cuales tienen más de medio siglo de afligir a la humanidad sin que hasta la fecha exista una forma concreta de erradicarlos.

A continuación se presenta una descripción de la situación actual del zika.

52
países y territorios al
rededor del mundo
ya han notificado de la
transmisión autóctona del zika.
En **América Latina**, 31 países
han hecho oficial que
presentan
casos de enfermos.

**US \$63.900
millones**
en pérdidas generará la
epidemia del zika en el mundo.
De acuerdo con el Banco Mundial, el
impacto se sentirá en el turismo, la
atención de embarazadas, de
pacientes infectados y
ausencias laborales.

4 millones
de infectados por zika
tendrá América Latina en
el mediano plazo, según cálculos
de la OMS. Colombia y Brasil serán
los más afectados

**Las pérdidas
para México** fueron
calculadas por el BM en
US \$774 millones,
por efectos de los menores
ingresos por turismo y la
atención en salud.

Solo en
América Latina,
las pérdidas que provocará
la epidemia fueron tasadas en
US \$3.500 millones
0,06% del PIB
de acuerdo con proyecciones
del BM.

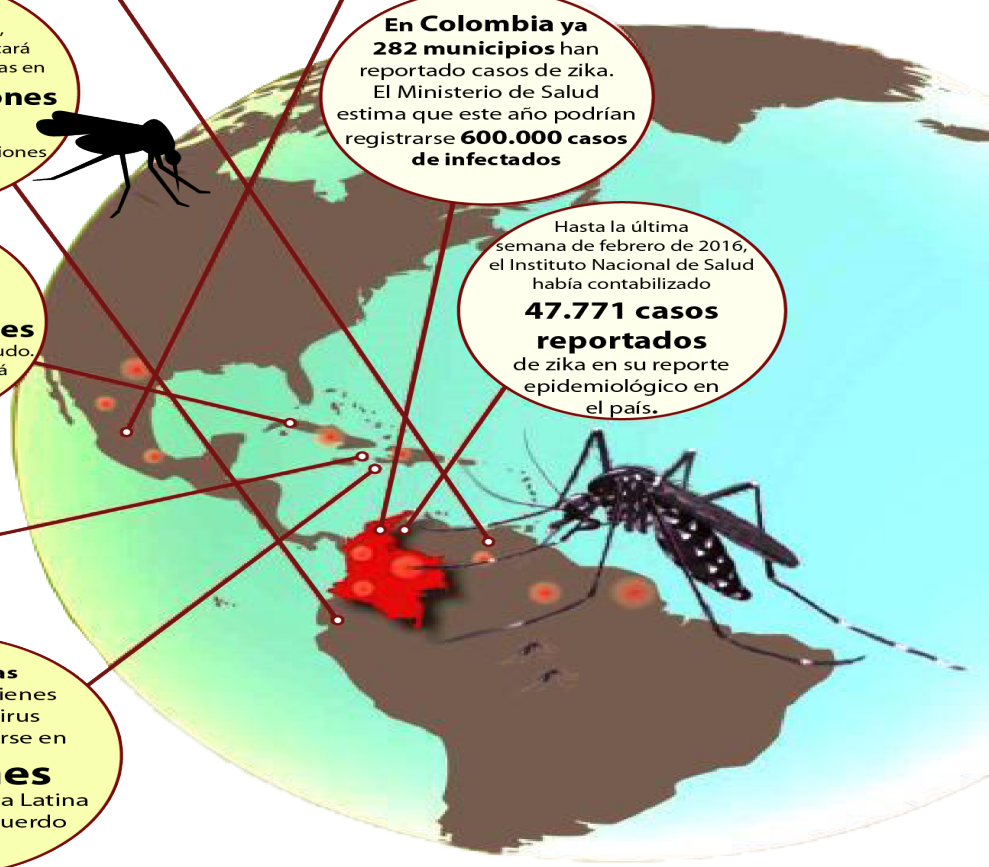
**En Colombia ya
282 municipios** han
reportado casos de zika.
El Ministerio de Salud
estima que este año podrían
registrarse **600.000 casos**
de infectados

En **Cuba**, las
pérdidas iniciales se
calculan en
US \$664 millones
por la epidemia del zancudo.
Su principal efecto será
en el turismo.

Hasta la última
semana de febrero de 2016,
el Instituto Nacional de Salud
había contabilizado
47.771 casos
reportados
de zika en su reporte
epidemiológico en
el país.

En el Caribe,
el impacto en el turismo
será de grandes proporciones
y podrá costar **1% del PIB**
de los países de la región,
en un escenario moderado
previsto por el BM

**Las ausencias
laborales** de quienes
contraigan el virus
podrían presentarse en
4 millones
de casos en América Latina
y el Caribe, de acuerdo
con la OPS.



FIEBRE AMARILLA

El virus de la fiebre amarilla es un arbovirus del género *Flavivirus* transmitido por mosquitos de los géneros *Aedes aegypti*, el mismo mosquito que propaga el virus zika, y *haemogogus*. Las diferentes especies de mosquitos viven en distintos hábitats. Algunos se crían cerca de las viviendas (domésticos), otros en el bosque (salvajes), y algunos en ambos hábitats (semidomésticos). La fiebre amarilla es una enfermedad vírica aguda, hemorrágica, transmitida por mosquitos infectados. El término "amarilla" alude a la ictericia que presentan algunos pacientes.

Los síntomas incluyen fiebre, dolor muscular, dolor de cabeza, náuseas, cefaleas, vómitos, ictericia, y fatiga. Al menos la mitad de los pacientes no tratados por casos graves de fiebre amarilla mueren en el transcurso de 7-10 días.

Hay tres tipos de ciclos de transmisión:

- Fiebre amarilla selvática: En las selvas tropicales lluviosas, los monos, que son el principal reservorio del virus, son picados por mosquitos salvajes que transmiten el virus a otros monos. Las personas que se encuentren en la selva pueden recibir picaduras de mosquitos infectados y contraer la enfermedad.
- Fiebre amarilla intermedia: En este tipo de transmisión, los mosquitos semidomésticos (que se crían en la selva y cerca de las casas) infectan tanto a los monos como al hombre. El aumento de los contactos entre las personas y los mosquitos infectados aumenta la transmisión, y puede haber brotes simultáneamente en muchos pueblos distintos de una zona. Este es el tipo de brote más frecuente en África.
- Fiebre amarilla urbana: Las grandes epidemias se producen cuando las personas infectadas introducen el virus en zonas muy pobladas, con gran densidad de mosquitos y donde la mayoría de la población tiene escasa o nula

inmunidad por falta de vacunación. En estas condiciones, los mosquitos infectados transmiten el virus de una persona a otra.

Cuando la enfermedad se desarrolla, puede comprometer la función de órganos, generalmente el hígado y los riñones. En esta fase son frecuentes la ictericia (color amarillento de la piel y los ojos, hecho que ha dado nombre a la enfermedad), el color oscuro de la orina y el dolor abdominal con vómitos. Puede haber hemorragias orales, nasales, oculares o gástricas. La mitad de los pacientes que entran en la fase tóxica mueren en un corto plazo.

El diagnóstico de la fiebre amarilla es difícil, sobre todo en las fases tempranas. En los casos más graves puede confundirse con el paludismo grave, la leptospirosis, las hepatitis víricas (especialmente las formas fulminantes), otras fiebres hemorrágicas, otras infecciones por flavivirus (por ejemplo, el dengue hemorrágico) y las intoxicaciones.

Hay 47 países de África (34) y América Central y Sudamérica (13) en los que la enfermedad es endémica en todo el país o en algunas regiones. Por ejemplo, en Brasil, ocurren casos esporádicos de fiebre amarilla principalmente en individuos sin historia previa de vacunación que se exponen al virus en áreas históricamente endémicas de circulación. Entre julio 2014 y junio 2015 se confirmaron 7 casos de fiebre amarilla incluidas cuatro defunciones. Todos los casos tenían como factor común la ausencia de vacunación contra fiebre amarilla. Entre 2015 y 2016, el Centro Nacional de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil, notificó a la OPS/OMS la ocurrencia de dos casos fatales con diagnóstico de fiebre amarilla.

Por otra parte, en Perú, hasta la Semana Epidemiológica (SE) 18 de 2016 se notificaron 43 casos sospechosos de fiebre amarilla, incluidas cuatro defunciones. Del total de casos notificados, 14 fueron confirmados, 18 clasificados como probables y 11 fueron descartados. De los 25 Departamentos del Perú, los casos

fueron notificados en 6 de ellos, siendo Junín el que notificó el mayor número de casos confirmados y probables (21 casos). El número de casos confirmados y probables (32) notificados en Perú hasta la SE 18 de 2016, supera en dos veces al número total de casos anuales (confirmados y probables) notificados en los dos años anteriores.

Ocasionalmente, quienes viajan a países donde la enfermedad es endémica pueden importarla a países donde no hay fiebre amarilla. Para evitar estos casos importados, muchos países exigen un certificado de vacunación antes de expedir visados, sobre todo cuando los viajeros proceden de zonas endémicas.

A pesar de las acciones tomadas por los países de América Latina, no se puede obviar la ola migratoria que sufre el continente a causa de viajeros indocumentados procedentes de África y otros países caribeños, que utilizan el suelo latinoamericano para concretar su objetivo de llegar hasta los Estados Unidos de América y que carecen de las medidas sanitarias que son implementadas desde hace muchos años en el continente americano con la finalidad de erradicar estas enfermedades.

CONTROL DE LOS MOSQUITOS

El riesgo de transmisión de la fiebre amarilla en zonas urbanas puede reducirse eliminando los posibles lugares de cría de mosquitos y aplicando larvicidas a los contenedores de agua y a otros lugares donde haya aguas estancadas. La fumigación de insecticidas para matar los mosquitos adultos durante las epidemias urbanas puede contribuir a reducir el número de mosquitos y, por consiguiente, las potenciales fuentes de transmisión de la fiebre amarilla.

Las campañas de control de los mosquitos han tenido éxito para eliminar *Aedes aegypti*, el vector de la fiebre amarilla urbana, en la mayor parte de América Central y Sudamérica. Sin embargo, el mosquito ha vuelto a colonizar zonas urbanas de la región, con la consiguiente reaparición del riesgo de fiebre amarilla urbana. Los

programas de control de los mosquitos salvajes en las zonas boscosas no son prácticos para prevenir la transmisión selvática de la enfermedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la detección rápida de la fiebre amarilla y la respuesta inmediata con campañas de vacunación de emergencia son esenciales para controlar los brotes. Sin embargo, la subnotificación es preocupante; se calcula que el verdadero número de casos es 10 a 250 veces mayor que el número de casos notificados en la actualidad.

El número de casos de fiebre amarilla ha aumentado en las últimas décadas por la deforestación, el calentamiento de la Tierra, los grandes movimientos de población, la falta de acceso a la vacuna y el hacinamiento en grandes ciudades. Actualmente hay 31 países en África y 13 en Sudamérica (en especial Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú y Colombia) en los que es endémica con cientos de millones de personas con riesgo de sufrirla.

La fiebre amarilla puede prevenirse con una vacuna muy eficaz, pues una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad y protección de por vida, sin necesidad de dosis de refuerzo. La vacuna ofrece una inmunidad efectiva al 99% de las personas vacunadas en un plazo de 30 días.

Por lo anteriormente expuesto, los legisladores de la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano (Parlatino), conscientes de la necesidad de crear legislación oportuna y eficaz para controlar las epidemias antes citadas, se propone el siguiente proyecto de ley.

LEY MODELO PARA EL CONTROL DE POBLACIONES DE INSECTOS TRANSMISORES DE ARBOVIRUS

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.- La presente Norma Técnica de Salud tiene la finalidad de contribuir a la prevención y control de los riesgos a la salud generados por la proliferación de los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus*, transmisores del dengue, chikungunya, zika y fiebre amarilla (en adelante insectos transmisores de enfermedades vectoriales por arbovirus), así como los insectos vectores de las otras enfermedades vectoriales. El objeto es prevenir su dispersión y la introducción de algún otro vector potencial.

ARTÍCULO 2.- OBJETIVOS

- a) Establecer un sistema de vigilancia entomológica de control del vector *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus*, que prevenga o controle su dispersión y la transmisión del dengue, chikungunya, zika y fiebre amarilla.
- b) Establecer procedimientos estandarizados para la vigilancia entomológica y control vectorial del *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus* en todo el territorio nacional.
- c) Fomentar la creación de métodos que informe y eduque a la población sobre las diferentes formas para la eliminación de los criaderos de los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus* y la proliferación de nuevos criaderos para controlar la enfermedad.
- d) Fomentar la participación activa de todas las instituciones tanto públicas como privadas, del sector salud y fuera de este, en el control de las poblaciones de vectores.

ARTÍCULO 3.- DEFINICIONES OPERATIVAS.

Aedes aegypti: es un díptero perteneciente a la familia de los culícidos, principal vector del dengue y la fiebre amarilla en el continente americano. El adulto se caracteriza por una imagen blanca en forma de lira a nivel del dorso del tórax, además de bandas blancas en las patas.

Aedes Albopictus: es un díptero perteneciente a la familia de los culícidos, que ha sido vinculado con la transmisión de agentes patógenos donde figuran virus como dengue, fiebre amarilla, chikungunya, encefalitis equina venezolana, encefalitis japonesa, san ángelo, la crosse, fiebre amarilla y parásitos como dirofilaria immitis. El adulto se caracteriza por su coloración negra con ornamentación blanca en tórax y abdomen, patas a bandas negras y blancas y una conspicua línea blanca longitudinal central en tórax y cabeza.

Arbovirus: se refiere a una serie de virus que son transmitidos por vectores artrópodos. Los agentes transmisores son insectos denominados artrópodos que contagian el virus al picar a una persona o animal, permitiendo luego que el virus se introduzca en el sistema circulatorio del individuo.

Chikungunya: es una enfermedad viral febril se caracteriza por un brote súbito de fiebre, acompañado por dolor en las articulaciones. Otros síntomas y molestias durante la fase crónica pueden incluir fatiga y depresión además de dolores musculares, dolores de cabeza, náusea y salpullidos. La mayoría de los pacientes se recuperan totalmente, pero en algunos casos la afectación de las articulaciones puede persistir de manera crónica.

Criadero de Aedes aegypti y Aedes Albopictus: se refiere a cualquier contenedor natural o artificial que pueda acumular agua donde la hembra del mosquito deposite sus huevos.

Dengue: enfermedad viral febril aguda de inicio súbito y brusco, con fiebre mayor de 38° C con una duración de hasta 10 días, y que usualmente se

acompaña de dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, mialgia, artralgia, dolor retro-ocular, erupción cutánea y presencia o no de sangrado.

Enfermedades transmitidas por vectores: enfermedad causada por un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión del mismo agente de una persona o animal infectados o de un reservorio a un huésped susceptible en forma directa o indirecta por medio de un vector.

Estrategia de Gestión Integrada (EGI): es un modelo de gestión que tiene como objetivo fortalecer los programas nacionales con vistas a reducir la morbilidad, la mortalidad, la carga social y económica generada por los brotes y las epidemias de dengue, fiebre amarilla, zika y chikungunya y otras enfermedades vectoriales. Para alcanzar sus objetivos, esta estrategia busca modificar la conducta de las personas y de la comunidad de manera que disminuyan los factores de riesgo de transmisión con medidas coordinadas tanto dentro como fuera del sector salud.

Fiebre amarilla: enfermedad vírica aguda, hemorrágica, transmitida por mosquitos infectados. El término "amarilla" alude a la ictericia que presentan algunos pacientes. Los síntomas son: fiebre, cefaleas, ictericia, dolores musculares, náuseas, vómitos y cansancio. Una pequeña proporción de pacientes infectados presentan síntomas graves, y aproximadamente la mitad de estos casos fallecen en un plazo de 7 a 10 días.

Las grandes epidemias de fiebre amarilla se producen cuando el virus es introducido por personas infectadas en zonas muy pobladas, con gran densidad de mosquitos y donde la mayoría de la población tiene escasa o nula inmunidad por falta de vacunación. En estas condiciones, los mosquitos infectados transmiten el virus de una persona a otra.

Gestor autorizado: persona física o jurídica, pública o privada, encargada de la gestión total o parcial de los residuos, y autorizada conforme a lo establecido en esta Ley o sus reglamentos.

Informe sanitario: instrumento técnico-jurídico mediante el cual las autoridades de salud, dan fe de la infracción por parte de las personas físicas

o jurídicas a la ley y a las disposiciones reglamentarias que al efecto se promulguen en materia de prevención y control del dengue, chikungunya, zika y fiebre amarilla.

Llanta: pieza de caucho con cámara de aire o sin ella, que se monta sobre el aro de cualquier tipo de vehículo.

Llanta de desecho: llanta nueva o usada que su propietario decide desechar.

Llanta nueva: la que no se ha utilizado para rodamiento sobre cualquier superficie.

Llanta recauchada: llanta usada que fue sometida a algún tipo de proceso industrial para aumentar su vida útil de rodamiento en medios de transporte.

Llanta usada: llanta que ha sido empleada para rodamiento sobre cualquier superficie por parte de personas físicas o jurídicas en vehículos o equipos y que su propietario decide sustituir.

Promoción de la salud: proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Reciclaje: transformación de los residuos por medio de distintos procesos de valoración que permiten restituir su valor económico y energético, evitando así su disposición final, siempre y cuando esta restitución implique un ahorro de energía y materias primas sin perjuicio para la salud y el ambiente.

Relleno sanitario: es la técnica mediante la cual diariamente los desechos sólidos se depositan, esparcen, acomodan, compactan y cubren empleando maquinaria. Su fin es prevenir y evitar daños a la salud y al medio ambiente, especialmente por la contaminación de los cuerpos de agua, de los suelos, de la atmósfera y a la población al impedir la propagación de artrópodos y roedores.

Salario base: Dinero que percibe una persona por su trabajo sin considerar ciertas cantidades añadidas, como primas o pluses. Para todos los efectos se deberá tomar en consideración la normativa en la materia de cada Estado.

Sitio de acopio o almacenamiento: es un sitio temporal de almacenaje, en el cual las llantas de desechos son tratadas con técnicas apropiadas que evitan daño al medio ambiente y a la salud humana, en espera de su tratamiento.

Unidad de cumplimiento: es una estructura legal conformada por uno o más productores e importadores, tiene la responsabilidad de establecer los mecanismos y acciones que garanticen la gestión integral de sus respectivos residuos y su sostenibilidad. La Unidad de Cumplimiento es una estructura operativa que permite, cumplir con el Principio de Responsabilidad Extendida del Productor, y con los lineamientos técnicos, sanitarios y ambientales nacionales.

Vector: insecto o cualquier portador vivo que transporta un agente infeccioso desde un individuo o sus desechos, hasta un individuo susceptible, su comida o su ambiente inmediato. El agente puede o no desarrollarse, propagarse o multiplicarse dentro del vector.

Zika: virus que se transmite por la picadura de mosquitos vectores del género *Aedes*. La enfermedad produce síntomas tales como: fiebre no muy elevada, exantema, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar o cefaleas, que suelen durar entre 2 y 7 días. Hay un consenso científico sobre la relación causal entre el virus de Zika y la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré. Además se relaciona con otras complicaciones neurológicas.

CAPÍTULO II COMPETENCIAS

ARTÍCULO 4.- La entidad gubernamental rectora en Salud, es responsable de inspeccionar, vigilar y controlar las acciones destinadas a evitar la propagación y

lograr el control de las enfermedades transmisibles por vector en todo el territorio nacional. Asimismo tiene la potestad de promover y coordinar con personas e instituciones públicas o privadas la realización de actividades en el campo epidemiológico y sanitario.

Para los efectos de esta ley, se considerarán autoridades de salud, el ministro o su homólogo, además las personas funcionarias de la entidad gubernamental rectora en Salud que tengan funciones de inspección, vigilancia y control, así como aquellas competencias establecidas por otras leyes sanitarias y sus reglamentos.

Por tanto, en el ejercicio de sus competencias, podrán emitir informes sanitarios y otras disposiciones de carácter administrativo conducentes a la aplicación de la presente ley. Adicionalmente, deberán llevar a cabo la capacitación del personal de campo para informar a la comunidad y gobierno local sobre la importancia de atender los determinantes sociales de la salud asociados a las enfermedades de transmisión vectorial, su mecanismo de transmisión y las formas de prevenirlas y controlarlas mediante el autocuidado de la salud, mejoramiento de la vivienda y el saneamiento básico. No obstante, todo el personal de dichas instituciones debe participar, en el ámbito de su actividad, en esta acción informativa.

La promoción de la salud para la prevención de las enfermedades de transmisión vectorial, es una estrategia continua y permanente orientada hacia el fomento del autocuidado individual, familiar y comunitario, con atención especial en la percepción del riesgo de infectarse, enfermarse o morir de estas enfermedades y, más enfáticamente en la promoción de comportamientos saludables para reducir los riesgos de exposición a estas enfermedades.

CAPÍTULO III

OBLIGACIONES

ARTÍCULO 5.- Toda persona física o jurídica, propietaria de edificios, terrenos, piscinas o cualquier otra infraestructura, con independencia de que estén o no en uso, deberá de darles el mantenimiento adecuado a efectos de que no se constituyan en un riesgo para la proliferación de insectos transmisores de enfermedades vectoriales.

ARTÍCULO 6.- Toda persona física o jurídica, así como toda institución pública o privada que almacene vehículos en desuso, llantas, productos y material para reciclado y chatarras para cualquier uso, deberán cumplir con las exigencias sanitarias establecidas por la entidad gubernamental rectora en Salud. El incumplimiento de las obligaciones aquí contenidas será sancionado conforme a la presente ley y al reglamento que le rija para cada país.

ARTÍCULO 7.- Los fabricantes, importadores, distribuidores y vendedores finales de llantas nuevas, recauchadas, o usadas y aquellos que se dediquen a la reparación de llantas deben contar con un programa de manejo integral de residuos, el cual debe contemplar el recibimiento de las llantas en desuso o que han sido reemplazadas y deberán darle un destino final de acuerdo con el programa de residuos y el reglamento emitido por cada país.

ARTÍCULO 8.- La importación de llantas nuevas, deberá efectuarse de modo que su embalaje impida que queden expuestas a la acumulación de agua; además, contar con una certificación de fumigación, expedida por una entidad gubernamental o por un centro de especialización reconocido por el Estado, en el país de origen, que incluya la fecha de la fumigación, producto utilizado y concentración del ingrediente activo.

ARTÍCULO 9.- Las instituciones, las empresas públicas y las empresas privadas deberán colaborar con los programas de control y eliminación de los vectores, así como con los programas de educación a la comunidad, que desarrollen en el área donde lleven a cabo sus labores.

ARTÍCULO 10.- Toda persona física o jurídica que tiene en posesión o en propiedad lotes baldíos u otros inmuebles a su nombre, tiene la obligación de mantenerlos limpios y chapeados, así como sus patios.

ARTÍCULO 11.- Las autoridades de la entidad gubernamental rectora en Salud deberán realizar encuestas entomológicas con una periodicidad no mayor a tres meses, dentro de las unidades administrativas, para ver la densidad vectorial del *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus*, y con ello tomar las medidas de control necesarias.

CAPÍTULO IV PROHIBICIONES

ARTÍCULO 12.- Se prohíbe a cualquier persona física o jurídica, así como a las entidades públicas y privadas, mantener a la intemperie vehículos, barcos, lanchas y botes abandonados o en uso, chatarra, llantas, recipientes o cualquier otro material u objeto que almacene o pueda almacenar agua, que no se encuentre cubierto o protegido o con algún tipo de tratamiento que interrumpa el ciclo de vida del *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus* o de otros insectos transmisores de arbovirus y otras enfermedades transmitidas por vectores.

ARTÍCULO 13.- Se prohíbe a toda persona física o jurídica, lanzar o depositar materiales u objetos en lotes baldíos, parques o cualquier otra área, de manera que se pueda facilitar el empozamiento o acumulación de agua, factor que puede contribuir a la proliferación del *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus* o de otros insectos transmisores de arbovirus y otras enfermedades transmitidas por vectores.

ARTÍCULO 14.- Se prohíbe a toda persona física o jurídica, mantener recipientes, barriles, tanques o cualquier contenedor que sean utilizados para almacenar agua para el uso doméstico o para otros usos que no estén cubiertos de forma segura e

higiénica o con algún tipo de tratamiento que interrumpa el ciclo de vida del *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus* o de otros insectos transmisores de arbovirus y otras enfermedades transmitidas por vectores.

ARTÍCULO 15.- Cualquier persona podrá gestionar ante las autoridades de la entidad gubernamental rectora en Salud, o estas podrán hacerlo por propia autoridad, para exigir al infractor de estas disposiciones, sea propietario, representante legal, gerente, administrador o responsable a cualquier título del bien mueble o inmueble, sea local, establecimiento, edificación, casa de habitación, para que se le conmine a cesar en su conducta.

CAPÍTULO V

ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRADA

ARTÍCULO 16.- La Estrategia de Gestión Integrada estará orientada hacia el fortalecimiento de los programas nacionales existentes y a reducir los factores de transmisión e instrumentar un sistema de vigilancia integral.

ARTÍCULO 17.- Son fines de la Estrategia de Gestión Integrada son los siguientes:

- a) Reducir el número de brotes.
- b) Disminuir la magnitud y gravedad de los brotes.
- c) Mantener bajo el número de casos de la enfermedad.
- d) Reducir la mortalidad causada por dengue, fiebre amarilla, zika y chikungunya, y otras enfermedades vectoriales.

ARTÍCULO 18.- La entidad gubernamental rectora del Área de Salud deberá integrar grupos de trabajo que obedezcan a la aplicación de la Estrategia de Gestión Integrada en cada región o subregión, o de acuerdo con las conveniencias geográficas de cada país.

ARTÍCULO 19.- Se considerarán componentes de la Estrategia de Gestión Integrada los siguientes:

- a) Vigilancia de la salud
- b) Manejo integrado de vectores
- c) Saneamiento ambiental
- d) Atención al paciente
- e) Laboratorio
- f) Comunicación social.

ARTÍCULO 20.- Todas las instituciones, empresas, organizaciones públicas o privadas que conformen la Estrategia de Gestión Integrada deberán comprometerse con la entidad Rectora del Área de Salud correspondiente a participar de forma activa en el control de las enfermedades transmitidas por vectores.

CAPÍTULO VI EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

ARTÍCULO 21.- La entidad gubernamental rectora en Salud coordinará con las instituciones públicas, privadas y los gobiernos locales, la realización de capacitación sobre el dengue, fiebre amarilla, chikungunya y zika, así como cualquier otra enfermedad vectorial, de manera que exista suficiente información para la eliminación de criaderos del vector.

ARTÍCULO 22.- La autoridad gubernamental en materia de educación, deberá incluir dentro de sus programas de aprendizaje, contenidos educativos relacionados con el control y prevención de dengue, chikungunya, zika y fiebre amarilla.

ARTÍCULO 23.- Los gobiernos locales deberán participar en la prevención y control de las enfermedades transmitidas por arbovirus, para ello coordinarán con las autoridades locales de la entidad gubernamental rectora en Salud para establecer alianzas estratégicas que les permitan trabajar conjuntamente en la reducción de

riesgos específicos, para ello, las autoridades de Salud informarán al menos una vez al mes sobre la situación prevalente de las enfermedades de transmisión vectorial.

CAPÍTULO VII

INFRACCIONES Y CONTROL DE VECTORES

ARTÍCULO 24- Corresponderá a las autoridades de la entidad gubernamental rectora en Salud, regular, controlar y fiscalizar el cumplimiento cabal de esta ley y el reglamento emitido por cada país.

Los gobiernos locales colaborarán en el control, fiscalización y ejecución de las disposiciones contenidas en esta ley y demás normativa que le resulte aplicable, en especial en el control de los centros de acopio de llantas y uso de los rellenos sanitarios.

ARTÍCULO 25.- De acuerdo con la infracción cometida, cada Estado regulará el monto de las multas según la realidad nacional y la normativa vigente.

ARTÍCULO 26.- Además de las sanciones pecuniarias aquí establecidas, la entidad gubernamental rectora en Salud podrá clausurar los establecimientos públicos y privados, edificaciones o locales comerciales en donde se incumplan las obligaciones y prohibiciones estipuladas en la presente ley. Los gobiernos locales deberán atender todas las medidas sanitarias que la entidad gubernamental rectora en Salud indique para la conservación de la higiene y para prevenir y combatir epidemias.

ARTÍCULO 27.- Tratándose de terrenos baldíos o propiedades abandonadas, las autoridades del gobierno local podrán ingresar a dichos inmuebles con el objeto de limpiarlo y cargar el costo de las limpiezas a dicha propiedad, en los cobros por servicios que emita el gobierno local.

ARTÍCULO 28.- Créase el Registro Nacional de Infractores que estará a cargo de la entidad gubernamental rectora en Salud y se encargará de llevar el historial de faltas y sanciones que cometan los infractores de esta ley.

ARTÍCULO 29.- Previo a la renovación de permisos otorgados por entidades estatales o gobiernos locales, se deberá consultar en el registro de infractores de la entidad gubernamental rectora en Salud, que el interesado no tenga pagos pendientes por multas establecidas.

ARTÍCULO 30.- Las multas serán recaudadas por la entidad gubernamental rectora en Salud. Los recursos que se recauden por este rubro deberán destinarse al cumplimiento de los objetivos de la ley, así como a las labores de control vectorial. Queda autorizada la entidad gubernamental rectora en Salud para contratar personal para estos fines.

ARTÍCULO 31.- Las sanciones pecuniarias establecidas en la presente Ley deben pagarse en un término máximo de treinta días a partir de su aplicación.

ARTÍCULO 32.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro del plazo de tres meses contado a partir de su publicación.



CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES
GILBERTO BOSQUES
DIPLOMACIA PARLAMENTARIA

Coordinadora General

Aliza Klip Moshinsky

Directora General

María Rosa López González

Colaboraron en la elaboración de este documento:

Miguel Venegas Ramírez

Gabriela Guerrero Valencia

Alejandro Osornio Ramos

Carlos Uriel Cruz Rosas (Servicio Social)