

***PLAN NACIONAL DE
PREPARACIÓN Y
RESPUESTA ANTE
UNA PANDEMIA DE GRIPE***

Mayo 2005



ÍNDICE

1.	<i>INTRODUCCIÓN</i> _____	4
	1.1. Pandemias producidas en el siglo XX	5
	1.2. Características de una pandemia gripal	6
	1.3. Afectación de las aves por el virus de la gripe	7
	1.4. Brotes de H5N1 en 2004/2005. Situación epidemiológica. Evaluación del riesgo	7
	1.4.1. Situación epidemiológica	7
	1.4.2. Evaluación del riesgo. Análisis del potencial pandémico del subtipo H5N1	9
2.	<i>NECESIDAD DE ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE UNA PANDEMIA DE GRIPE</i> _____	11
	2.1. Nuevas fases pandémicas	12
	2.2. Criterios para la declaración del cambio de fase	13
3.	<i>PAPEL DE LA UNIÓN EUROPEA EN LA PREPARACIÓN Y LA RESPUESTA FRENTE A UNA PANDEMIAS DE GRIPE</i> _____	15
4.	<i>OBJETIVOS DEL PLAN</i> _____	17
5.	<i>ELEMENTOS CLAVE DE LA RESPUESTA</i> _____	19
	5.1. Estructura organizativa y coordinación	19
	5.1.1. Comité Ejecutivo Nacional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe	19
	5.1.2. Comisión de Salud Pública	20
	5.1.3. Grupo Operativo del Comité Ejecutivo	20
	5.1.4. Grupo Técnico de Coordinación	21
	5.1.5. Comité Científico.....	21
	5.1.6. Subcomités o grupos de trabajo específicos	22
	5.2. Vigilancia epidemiológica y virológica	22
	5.2.1. Subcomité de vigilancia.	23
	5.3. Vacunas y fármacos antivirales	24
	5.3.1. Subcomité de vacunas y fármacos antivirales	25
	5.4. Programas de respuesta de los servicios sanitarios	26
	5.4.1. Subcomité de respuesta a la emergencia en los servicios sanitarios	27
	5.5. Comunicaciones	27
	5.5.1. Subcomité de comunicaciones	28
	5.6. Otras medidas para prevenir la extensión de la enfermedad entre la población	28
	5.7. Aspectos legales	29
6.	<i>OBJETIVOS Y ACTIVIDADES EN LAS DIFERENTES FASES PANDÉMICAS</i> _____	31
	6.1. Periodo interpandémico. Fase 1	31
	6.2. Periodo interpandémico. Fase 2	32
	6.3. Periodo de alerta pandémica. Fase 3	34
	6.4. Periodo de alerta pandémica. Fase 4	34
	6.5. Periodo de alerta pandémica. Fase 5	34
	6.6. Periodo de pandemia. Fase 6	34
7.	<i>SIGLAS Y ABREVIATURAS</i> _____	34

1. INTRODUCCIÓN

La gripe es una enfermedad infecciosa causada por los virus de la familia Orthomyxoviridae que incluye los géneros Influenzavirus A y B e Influenzavirus C. Desde el punto de vista epidemiológico, el virus gripal A es el principal causante de las epidemias invernales de gripe que se repiten cada año (gripe epidémica), mientras que el virus gripal B se presenta generalmente en brotes epidémicos más localizados. El virus gripal C está relacionado con la aparición de casos esporádicos.

Desde el punto de vista clínico, la gripe es una enfermedad generalmente autolimitada que afecta a la población general y cuya morbilidad y mortalidad es especialmente importante en ciertos grupos de población denominados de "riesgo" (mayores de 65 años y menores con patologías de base que puedan descompensarse con la infección gripal). La gripe se transmite rápidamente durante las epidemias estacionales afectando de un 10 a un 20% de la población general. La mortalidad de la gripe epidémica oscila entre el 0,1-5% de las personas infectadas, aunque depende de la cepa gripal causante del proceso epidémico.

Una pandemia de gripe se produce como resultado de la aparición de un nuevo subtipo de virus de gripe A, diferente de las cepas previamente circulantes en la población, y para el cual la población no tiene inmunidad, por lo que toda ella es susceptible.

El virus de la gripe A es capaz de sufrir lo que se denominan cambios antigénicos mayores (*shift* antigénico), que originan la aparición de un nuevo virus gripal distinto a los virus que han estado circulando los años anteriores. Además de estos cambios mayores, el virus de la gripe sufre mutaciones o cambios menores (*drift* antigénico), motivo por el que la vacuna antigripal debe ser revisada anualmente para adaptarla a las cepas que se espera que circulen cada temporada.

Tras la aparición de un nuevo virus de la gripe, para que éste pueda iniciar una pandemia, deben darse tres condiciones: primera, que este nuevo virus sea capaz de transmitirse a humanos; segunda, que este virus sea capaz de replicarse en humanos y causar enfermedad; y tercera que este nuevo virus tenga capacidad de transmitirse de forma eficaz de una persona a otra, y pueda causar brotes en la comunidad.

Desde 1997, los dos primeros requisitos se han dado en varias ocasiones. En Hong-Kong, en 1997, 18 personas resultaron afectadas por un nuevo virus aviar subtipo H5N1, y 6 de ellas fallecieron. En febrero de 2003 se identificaron 2 pacientes afectados y 1 fallecimiento en Hong-Kong en una misma familia que viajó a China meridional, también por virus aviar subtipo H5N1. En Europa, se produjo en febrero de 2003 un brote de gripe aviar por el subtipo H7N7 en los Países Bajos: 83 casos leves y 1 veterinario fallecido. Tres miembros de la familia de dos de los trabajadores afectados sufrieron también enfermedad respiratoria menor, sugiriendo una posible transmisión persona a persona, aunque finalmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó que no se había dado una transmisión interhumana eficiente.

Desde finales del año 2003 está teniendo lugar un brote producido por el subtipo H5N1 en el Sureste asiático, con casos humanos en Vietnam, Tailandia y Camboya, en el cual también se están dando las dos primeras condiciones.

La capacidad de un nuevo virus gripal para producir una transmisión eficaz persona a persona podría llegar por dos vías. La primera de ellas consistiría en la producción de una recombinación, es decir un intercambio genético entre virus humanos y animales (esto se podría dar cuando en humanos o en cerdos se diera una infección simultánea por virus humanos de la gripe y virus de origen aviar). El segundo mecanismo consistiría en una adaptación y mutación del nuevo virus durante la infec-

ción humana, hasta que adquiriera los cambios necesarios para tener capacidad de transmisión interhumana efectiva.

En 1997, cuando se detectaron los primeros casos humanos de infección por la cepa H5N1 de gripe aviar en Hong Kong, se impulsaron las investigaciones sobre gripe de manera especial. Los estudios realizados demostraron, por primera vez, que una nueva cepa de virus de la gripe de origen aviar podía infectar directamente al hombre sin adaptación en un mamífero que actuase como huésped intermedio.

1.1. Pandemias producidas en el siglo XX

Desde el siglo XVI, se han documentado diversas pandemias de gripe, aproximadamente en cada siglo se han detectado unas tres pandemias, a intervalos de 10 a 50 años. Existen importantes diferencias entre ellas, pero tienen la característica común de su rápida difusión. Habitualmente en menos de un año se extienden a todas las zonas del mundo y causan enfermedad en aproximadamente un cuarto de la población. Su abrupta aparición y la gran morbimortalidad que producen en un corto periodo de tiempo, hacen que la capacidad de respuesta se vea afectada y sea limitada en muchos de los campos.

A lo largo del siglo XX se han producido tres grandes pandemias gripales, todas ellas causadas por virus gripales del tipo A, correspondiéndose con la aparición de los subtipos H1N1 (1918-19, gripe española), H2N2 (1957-58, gripe asiática) y H3N2 (1968-69, gripe de Hong Kong).

Se estima que la pandemia de 1918 causó más de 40 millones de muertes en menos de un año y que enfermó entre el 25 y el 30% de la población. Los primeros brotes se detectaron en marzo en Europa y en diferentes lugares de Estados Unidos (EEUU). La primera onda, que se dio en la primavera y verano, fue altamente contagiosa pero no especialmente letal. Cuando llegó la segunda onda, a finales de agosto,

ningún país estaba preparado. Esta segunda onda, se presentó en forma de brotes explosivos. La mortalidad se dio sobre todo entre jóvenes y personas sanas. El 99% de las muertes ocurrieron en menores de 65 años. Muchas de las muertes fueron por neumonías causadas por infección bacteriana secundaria, pero también se dieron neumonías virales primarias.

La pandemia que se inició en 1957 fue causada por un virus menos virulento que la de 1918, y además los sistemas de salud estaban mejor preparados para afrontarla, había antibióticos disponibles y ya se producían vacunas frente a la gripe. Los brotes empezaron a producirse en febrero en una provincia china, se extendieron por todo el país en marzo y alcanzaron Hong Kong a mitad de abril, donde se detectó por primera vez. En menos de seis meses se habían notificado casos en todas las regiones del mundo.

La primera onda de la pandemia de 1957 se comportó de manera diferente en las distintas partes del mundo. En los trópicos y Japón la introducción del virus se siguió rápidamente de brotes en todo su territorio; sin embargo en Europa y EEUU hubo un periodo de al menos 6 semanas tras la introducción del virus hasta que se produjeron los brotes. Los casos se dieron sobre todo en niños en edad escolar, debido probablemente al contacto cercano y a la gran concentración en las escuelas. La mortalidad mostró un patrón similar a las epidemias estacionales, con una afectación mucho mayor de ancianos y niños. En diciembre la primera onda estaba remitiendo.

La segunda onda se produjo de uno a tres meses después de que cediera la primera y causó altas tasas de enfermedad y aumento de la mortalidad, afectando principalmente a ancianos y a personas con enfermedades de base. El exceso de mortalidad global se ha estimado en más de 2 millones de muertes.

Las vacunas estuvieron disponibles en agosto en EEUU, en octubre en Reino Unido y en noviembre en Japón. Las cantida-

des, sin embargo, fueron muy pequeñas para su uso a gran escala. Los países con producción de vacunas tuvieron suficiente cantidad para cubrir a sus grupos de riesgo. Ningún país tuvo suficiente para cubrir a toda su población.

En 1968 se produjo la última pandemia, que fue más suave que la de 1957. En julio se describió una epidemia de una enfermedad respiratoria aguda que estaba afectando al sureste de China. En el mismo mes la enfermedad se extendió a Hong Kong donde alcanzó la mayor intensidad en dos semanas causando medio millón de casos. Rápidamente se identificó el virus y el 16 de agosto la OMS lanzó una alerta de posible diseminación mundial. La difusión inicial fue similar a la de 1957. Los síntomas clínicos fueron moderados y la mortalidad baja, y en la mayoría de los países la progresión fue lenta. Algunos países tropicales no experimentaron los primeros brotes hasta principios de 1969. El exceso de mortalidad se estima en un millón. No está claro por qué esta pandemia tuvo una mortalidad baja; algunas de las explicaciones apuntan a que el virus era genéticamente similar al de pandemias anteriores, incluyendo la de 1957. Al igual que en la pandemia anterior, la vacuna llegó tarde y en cantidades insuficientes.

Las pandemias de 1957 y 1968, tras análisis genéticos y bioquímicos de los virus, se ha visto que fueron producidas por una recombinación de virus humano y aviar. El virus de 1957 (H2N2) obtuvo tres de sus genes de un virus aviar y los cinco restantes de la cepa H1N1 circulante. El virus de 1968 (H3N2) también tomó tres genes de una cepa aviar y los cinco restantes de la cepa humana H2N2 responsable de la pandemia anterior. Ambas epidemias comenzaron con una “explosión” de casos humanos. En ambas ocasiones, los expertos han asumido que la recombinación se produjo en el cerdo, que tiene tanto receptores humanos como aviares en sus células del tracto respiratorio. Tras las recientes investigaciones llevadas a cabo sobre el virus pandémico H1N1 de 1918, los exper-

tos han llegado a la conclusión de que esta pandemia se produjo por un mecanismo de mutación adaptativa del virus aviar

1.2. Características de una pandemia gripal

Las características principales de una pandemia gripal, extraídas del análisis de las pandemias del siglo XX, se resumen a continuación:

- Las pandemias se comportan de manera impredecible, como impredecible es el virus que las provoca. Se han visto importantes variaciones en la mortalidad, gravedad de la enfermedad y patrones de difusión. Las tasas de infección acumuladas a lo largo de todas las ondas pueden ser de hasta del 50%, siendo la tasa de ataque de alrededor del 25%.
- Los casos se producen de manera muy rápida y aumentan exponencialmente en muy poco tiempo (semanas). Es fundamental tener esto en cuenta en la preparación de una pandemia.
- Puede causar enfermedad grave en grupos normalmente no afectados por la gripe, como adultos jóvenes, lo que condiciona el impacto producido por una pandemia. Por lo tanto, la vigilancia epidemiológica es fundamental para caracterizar de forma oportuna los grupos de riesgo que en cada momento están siendo afectados y adaptar las medidas de control necesarias.
- El nuevo virus tiende a producir varias ondas, y los grupos de edad y áreas no afectados en la primera pueden ser los más vulnerables en las posteriores. Las segundas ondas suelen tener más impacto.
- La primera onda presentará un pico máximo a los 3 a 6 meses a partir de que se detectan los primeros casos, y la segunda onda podrá presentar su pico máximo alrededor de un año desde el comienzo de la pandemia. Si la pan-

demia se originase fuera de Europa, pueden pasar de 1 a 4 meses antes de que la misma llegue hasta nuestro país.

- El papel de la vigilancia virológica es fundamental para la rápida confirmación del inicio de una pandemia, para aislar y caracterizar al virus y tenerlo disponible para la producción de vacuna.
- La mayoría de las pandemias se han originado en partes de Asia, donde gran cantidad de la población convive en proximidad con las aves y cerdos. En estas partes del mundo la vigilancia de la enfermedad en animales y el estudio de las agrupaciones de casos en humanos es fundamental para la detección temprana de una pandemia.
- Las acciones de Salud Pública pueden retrasar la difusión, pero no detener una pandemia de gripe. Sin embargo el retrasar la difusión es importante ya que hace que la aparición de los casos se demore al máximo en el tiempo y permita poner en marcha medidas que mejoren la capacidad para controlarla.
- En 1957 y 1968 las vacunas contra la nueva cepa se produjeron rápidamente pero la capacidad de producción fue limitada. Llegaron tarde para disminuir el impacto.

La OMS manifiesta que el esfuerzo conjunto de todos los países y sus sistemas de vigilancia epidemiológica permitirán detectar con rapidez la aparición de una nueva cepa pandémica e iniciar de un modo inmediato todos los planes de actuación y contingencia, permitiendo organizar una adecuada respuesta internacional que permita hacer frente, sin demasiadas pérdidas, a esta amenaza.

1.3. Afectación de las aves por el virus de la gripe

La gripe de las aves, conocida como gripe aviar, es una enfermedad infecciosa originada por el virus de la gripe tipo A. Esta

enfermedad, bien conocida en el ámbito de la sanidad animal, fue identificada por primera vez en Italia hace más de 100 años. La infección afecta a cualquier ave, aunque algunas especies son más vulnerables. En estos animales, la enfermedad puede presentarse de varias formas, algunas de ellas con alta mortalidad, siendo muy contagiosa entre aves domésticas, y transmitiéndose al hombre sólo excepcionalmente. Hay diferentes subtipos, al menos 16, del virus de la gripe A que pueden afectar a las aves, aunque hasta el momento, todos los brotes altamente patógenos han sido causados por los subtipos H5 y H7.

Las aves migratorias, sobre todo los patos salvajes, son el reservorio natural del virus de gripe aviar, y estas aves son las más resistentes a la infección. Las aves domésticas son particularmente susceptibles a las epidemias letales. El contacto directo o indirecto de las aves domésticas con las migratorias se considera el factor principal causante de las epidemias. También han jugado un importante papel en la transmisión de la enfermedad los mercados de aves vivas.

Si no hay adecuadas medidas de vigilancia y control de estos brotes, las epizootias pueden prolongarse durante años. Los virus de baja patogenicidad, tras circular incluso durante cortos periodos de tiempo en poblaciones de aves, pueden mutar en virus altamente patógenos.

1.4. Brotes de H5N1 en 2004/2005. Situación epidemiológica. Evaluación del riesgo

1.4.1. Situación epidemiológica

La OMS considera que la situación que se inició en diciembre de 2003 en el sudeste asiático, causada por la circulación de la cepa de virus de gripe aviar H5N1, puede tener el potencial de iniciar una próxima pandemia.

A mediados de diciembre de 2003 se produjo la muerte súbita de la mayoría de las aves de una importante granja cercana a Seoul, en la República de Corea. Posteriormente, se confirmó que se trataba de una cepa de gripe aviar altamente patógena H5N1, lo que supuso el inicio de una situación sin precedente histórico conocido por su extensión geográfica y consecuencias económicas para el sector agrícola. Nueve países han resultado afectados por brotes de gripe aviar H5N1 (Corea del Sur, Vietnam, Japón, Tailandia, Camboya, China, Laos, Indonesia y más recientemente Malasia, en agosto de 2004) y en más de la mitad de ellos ha sido la primera vez que se han detectado este tipo de brotes. En los esfuerzos por controlarlos se sacrificaron en los tres primeros meses de la epizootia más de 100 millones de aves.

A principios de enero de 2004 se produjo la primera notificación de la OMS en relación a este brote, que hacía referencia a los tres primeros casos humanos en los que se detectaba también la cepa de gripe aviar H5N1. Se trataba de dos niños y un adulto ingresados en un hospital de Hanoi a causa de una enfermedad respiratoria grave.

Desde enero hasta marzo de 2004 se confirmaron en Vietnam y Tailandia 35 casos y 24 de ellos fallecieron. Tras unos meses sin nuevas notificaciones, entre agosto y octubre de 2004 se notificaron 9 casos más, 8 de ellos mortales, y desde diciembre de 2004 hasta el 14 de abril de 2005 se han diagnosticado otros 44 casos más con 19 fallecimientos en Vietnam y Camboya.

No obstante, la OMS está investigando otros casos no publicados y haciendo estudios serológicos en población expuesta, y los resultados preliminares (han encontrado que hasta el 13% de población expuesta presenta anticuerpos) hacen pensar que la afectación está más extendida y es menos letal de lo que podría deducirse de la evolución de los primeros casos detectados y confirmados. En estos momentos no es posible calcular la tasa de letalidad, ya que muchos casos asintomáticos o con sínto-

mas leves o moderados parece que no están siendo detectados.

Los casos confirmados son en su mayoría niños y adultos jóvenes, siendo la media de edad de unos 17 años, con un amplio rango de afectación. En los casos descritos, el tiempo medio entre la exposición y el comienzo de la enfermedad es de 3 días (con un rango de 2 a 4 días). Según los primeros casos publicados, el tiempo medio entre el inicio de los síntomas y la muerte es de 13 días (media de 13,5 y rango de 5 a 31 días).

La clínica que presentan estos enfermos se caracteriza por un cuadro de evolución rápida, con fiebre alta, síntomas respiratorios con neumonía viral, que evoluciona a distress respiratorio y muerte en algunos casos. Sin embargo, tal como se ha publicado en la revista *New England Journal of Medicine* (17 feb 2005), se ha notificado un caso en un niño vietnamita con clínica de diarrea grave seguida de coma y muerte, y sin síntomas respiratorios. Este caso se confirmó como H5N1 al ser incluido en un estudio sobre encefalitis. Las muestras recogidas de otros pacientes en el mismo estudio están siendo evaluadas para detectar posibles infecciones por H5N1.

En la mayoría de los casos humanos estudiados en el brote actual, el contagio de la enfermedad ha tenido lugar por vía inhalatoria, tras un contacto directo con las aves o sus excretas. Estos casos se han diagnosticado en personas expuestas de una forma directa continuada a aves.

Respecto al posible riesgo de transmisión por alimentos, la OMS ha publicado que no hay ningún caso de infección por virus H5N1 asociado al consumo de huevos o aves adecuadamente cocinados. Se considera que un alimento está adecuadamente cocinado cuando durante la cocción se alcanzan temperaturas internas de 70°C, temperatura a la que el virus H5N1 se destruye. Se han descrito algunos casos asociados a exposición durante la matanza, la eliminación de deshechos y la manipulación o preparación de aves para cocinar.

Desde que se han producido los primeros brotes, la Comisión Europea, por principio de precaución, ha dado instrucciones prohibiendo las importaciones de productos avícolas y de las especies susceptibles procedentes de los territorios afectados.

En septiembre de 2004, las autoridades tailandesas anunciaron un caso probable de transmisión interhumana dentro de un grupo familiar (una madre enfermó tras cuidar a su hija en el hospital, y no parecía haber tenido contacto con aves). Sin embargo, la vigilancia reforzada instaurada ante estos hechos no demostró que en Tailandia pudiera estar dándose una transmisión de persona a persona eficaz y sostenida. Tras este caso, se han detectado algunos en Vietnam, muy limitados, en los que tampoco se ha demostrado una agrupación familiar.

Así, todo parece indicar que en el brote actual es posible que se haya dado una transmisión persona-persona, pero se trataría de una transmisión limitada entre los miembros de una familia que han estado en contacto íntimo, sin que se haya producido una transmisión eficaz ni sostenida en la comunidad. En otros brotes anteriores por H5N1 ya se había detectado una posible transmisión interhumana de este virus, sin que ésta llegara a ser capaz de producir una difusión de la enfermedad.

En el año 2003, en el brote de gripe aviaria por virus H7N7 que se dio en Holanda y afectó principalmente a trabajadores relacionados con granjas, se describieron también algunos casos de transmisión interhumana aunque ésta tampoco llegó a ser eficaz. Recientemente se ha publicado el informe final sobre este brote y se concluye que hubo posible transmisión interhumana en al menos 3 casos (que tuvieron conjuntivitis, síntoma principal de aquel brote), y por otro lado encuentran que al 59% de los contactos íntimos de los trabajadores afectados se les detectó anticuerpos contra este virus, sin que llegaran a manifestar ningún síntoma.

1.4.2. Evaluación del riesgo. Análisis del potencial pandémico del subtipo H5N1

Según los informes publicados por la OMS, desde 1968 nunca se había detectado una situación con un riesgo tan elevado de iniciar una pandemia como la del brote actual por virus H5N1. La ecología del virus ha cambiado desde la primera vez que se detectó este virus y ha aumentado la probabilidad de que emerja una cepa pandémica.

Las características del virus H5N1 que definen esta situación se resumen en los siguientes puntos:

- El virus H5N1 es, en estos momentos, endémico en algunas partes de Asia habiéndose establecido un nicho ecológico permanente en aves. La presentación de estos brotes en áreas rurales, donde la mayoría de los habitantes conviven con estas aves afectadas, que son la base de su economía, hace que sea difícil el control de estos brotes. El riesgo de emergencia de una nueva pandemia por este virus, persiste mientras éste permanezca en el ambiente y la amenaza del H5N1 es improbable que desaparezca en un corto espacio de tiempo.
- Publicaciones recientes apuntan a que el virus H5N1 está aumentando su patogenicidad en aves y experimentalmente en los modelos con ratones. Los estudios realizados han obtenido también una mayor resistencia del virus en el ambiente si se compara con la cepa de H5N1 que provocó el brote en 1997.
- El virus H5N1 está aumentando su rango de afectación a mamíferos. Recientemente ha causado enfermedad y muerte en diversas especies, incluyendo gatos domésticos infectados experimentalmente y tigres afectados de forma natural. Estas especies no estaban consideradas como susceptibles a la infección por virus de gripe A. El brote en tigres, que comenzó en octubre

de 2004 en un zoológico de Tailandia, tuvo como causa probable de la infección la alimentación de éstos con cadáveres de pollos infectados.

- Los patos domésticos pueden estar actuando como reservorios “silentes” del virus H5N1. Se ha detectado la afectación de patos domésticos con este virus de forma asintomática. En estudios de laboratorio llevados a cabo con patos, se muestra que dichos animales eliminan gran cantidad de virus y durante un largo período de tiempo, incluso aquellos aparentemente sanos. El papel de estos patos domésticos podría explicar porqué en algunos casos de infección por H5N1 no se ha encontrado una exposición a aves enfermas.
- Otro hallazgo reciente ha sido la detección del virus gripal H5N1 en aves migratorias muertas. Las aves migratorias son el reservorio natural de todos los virus gripales, pero históricamente no muestran síntomas ni afectación por esta enfermedad. Aunque se necesitan mayores evidencias, estos datos sugieren que el papel de estas aves en la evolución y mantenimiento del virus H5N1 podría estar cambiando.

Otro aspecto de esta epidemia, que se ha debatido en los últimos meses, es la posible afectación de cerdos por H5N1. Un equipo de investigadores chinos presentó un estudio en el que se detecta la presencia de virus H5N1 en cerdos de varias granjas de China en 2003. Las autoridades chinas han confirmado este hecho, notificando sin embargo que en el seguimiento realizado durante el 2004, todos los análisis en cerdos han sido negativos para este virus. Los cerdos tienen receptores en su tracto respiratorio que los hacen susceptibles tanto de la infección por virus de gripe humana como aviar. Si un cerdo es simultáneamente infectado por ambos virus, aumentan las posibilidades de que se de una recombinación entre los genes de los dos tipos de virus (aviar y humano) con el consiguiente riesgo de aparición de una cepa con potencial pandémico.

2. NECESIDAD DE ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE UNA PANDEMIA DE GRIPE

En España en el año 2003 se elaboró un "Plan de actuación frente a una posible pandemia de gripe" por parte de un grupo de trabajo creado por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La OMS, considerando la situación epidemiológica existente en el sudeste asiático y teniendo en cuenta los avances en el conocimiento de la evolución del virus de la gripe, ha presentado en abril de 2005, un nuevo plan para apoyar a las autoridades sanitarias de los Países Miembros en la preparación y respuesta ante la amenaza de una próxima pandemia de gripe. En el nuevo plan se redefinen las fases previamente establecidas en 1999 en su "*Plan Global de Preparación para la Pandemia de Gripe: El papel de la OMS y directrices para la planificación nacional y regional*". Las nuevas fases se definen en función del riesgo de aparición de una pandemia a partir de la emergencia de un nuevo subtipo de virus de la gripe. El Plan describe las medidas que deben tomar la OMS y las autoridades nacionales durante cada fase, con el objeto de mejorar la coordinación internacional y la transparencia en las medidas recomendadas.

La OMS propone que cada país desarrolle o actualice sus planes nacionales de preparación ante una pandemia de gripe y aporta directrices para cada una de las fases propuestas.

Las fases se definen con el objetivo de manejar los riesgos para la salud pública ocasionados por la infección de virus gripal en animales, y los cambios de fase se vinculan directamente a los cambios en las actividades y en la respuesta que desde la salud pública deben plantearse. Se propone reforzar la vigilancia de los acontecimientos iniciales durante el período de "alerta pandémica" y la detección temprana de la circulación del virus, así como tomar medidas de control rápida y coordinadamente a nivel nacional e internacional, para en la medida de lo posible contener o retrasar la difusión de una nueva cepa de la gripe humana. Incluso, aunque no se consiguiera contener la difusión, el retraso en la extensión del virus permitirá ganar tiempo para desarrollar vacunas contra la nueva cepa y poner a punto las medidas de preparación ante la pandemia planificadas con antelación. El éxito de este enfoque dependerá de varios factores, siendo fundamental la vigilancia de infecciones humanas con nuevos subtipos del virus de la gripe.

El nuevo Plan publicado por la OMS, así como la situación epidemiológica y los sucesos que se están desarrollando desde principios del año 2004, han hecho que desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se revisara el Plan existente, y se presente esta nueva propuesta.

2.1. Nuevas fases pandémicas

	Objetivos Fundamentales en Salud Pública
Período Interpandémico	
<p>Fase 1 No se han detectado nuevos subtipos¹ del virus de la gripe en personas. En animales puede detectarse algún subtipo del virus de la gripe que ha causado infección previamente en personas. Sin embargo, el riesgo² de infección o enfermedad para las personas se considera bajo.</p>	Reforzar la preparación ante la pandemia de gripe a nivel mundial, regional, nacional y subnacional.
<p>Fase 2 No se han detectado nuevos subtipos del virus de la gripe en personas. Sin embargo, un subtipo de virus de la gripe en circulación en animales representa un riesgo² considerable de enfermedad para las personas.</p>	Reducir al mínimo el riesgo de transmisión a personas; detectar y notificar dicha transmisión rápidamente si ocurre.
Periodo de Alerta Pandémica	
<p>Fase 3 Infección(es) humana(s) con un subtipo nuevo del virus de la gripe, pero sin transmisión persona a persona, o a lo sumo casos raros de transmisión a un contacto próximo.</p>	Asegurar la rápida caracterización del nuevo subtipo del virus y la detección y notificación temprana de casos adicionales.
<p>Fase 4 Pequeñas agrupaciones de casos con limitada transmisión de persona a persona. La transmisión está muy localizada, lo que sugiere que el virus no está bien adaptado a los humanos³.</p>	Contener la transmisión del nuevo virus dentro de focos localizados o retrasar la difusión con el fin de ganar tiempo para aplicar las medidas de respuesta.
<p>Fase 5 Agrupaciones mayores de casos, aunque la transmisión persona a persona sigue siendo localizada, lo que sugiere que el virus está aumentando su adaptación a los humanos pero todavía no ha llegado a ser totalmente transmisible (considerable riesgo de pandemia)³.</p>	Maximizar los esfuerzos para contener o retrasar la difusión, para impedir la pandemia y ganar tiempo para aplicar las medidas de respuesta ante la pandemia.
Periodo Pandémico	
<p>Fase 6 Fase pandémica. Transmisión elevada y sostenida entre la población general.</p>	Reducir al mínimo el impacto de la pandemia.
Periodo Post-Pandémico	
Vuelta al periodo interpandémico	Vuelta al periodo interpandémico

¹ Se define como nuevo subtipo: a un subtipo que no ha circulado en humanos durante varias décadas, de forma que la mayoría de la población carece de protección frente al mismo.

² La diferencia entre fase 1 y fase 2 está relacionada con el riesgo de infección o enfermedad causado por la cepa que está circulando entre animales. La diferencia entre ambas se debe a varios factores y a la importancia relativa de cada uno en base al conocimiento científico actual. Entre los factores se pueden incluir: la patogenicidad en animales y personas, la existencia de casos entre animales domésticos y ganado o solamente en animales salvajes; si está geográficamente localizado o extendido y si el virus es enzoótico o epizoótico. También hay que tener en cuenta la información sobre el genoma del virus y otras informaciones científicas.

³ La distinción entre las fases 3, 4 y 5 está relacionada con la evaluación del riesgo. Habrá que tener en cuenta varias factores y la importancia relativa de cada uno en base al conocimiento científico actual. Entre los factores a considerar se encuentran: la tasa de transmisión, la localización geográfica y la difusión, la gravedad de la enfermedad, la presencia de genes procedentes de cepas humanas. También hay que tener en cuenta la información sobre el genoma del virus y otras informaciones científicas.

2.2. Criterios para la declaración del cambio de fase

El cambio de fase será realizado por el Director General de la OMS. El cambio se realizará en armonía con la normativa vigente para la notificación y control de enfermedades (Reglamento Sanitario Internacional) y consultando a otras organizaciones internacionales, si fuera necesario.

Como el origen de las nuevas cepas y la secuencia de progresión de las mismas en la próxima pandemia puede ser difícil de predecir, la OMS puede declarar avanzar o retroceder en la escalas de las fases siguiendo un orden no secuencial. La declaración de una nueva fase implica la puesta en marcha de las acciones recomendadas en la nueva fase.

El Ministerio de Sanidad y Consumo podrá subdividir algunas fases en función de la situación nacional.

La OMS sugiere que se podrían subdividir las Fases 2-5 dependiendo de si el país está afectado (o tiene gran relación comercial o a través de viajes con un país afectado) o no lo está. También sugiere subdividir la Fase 6, la Fase Pandémica, dependiendo de si un país está afectado (o tiene gran relación comercial o a través de viajes con un país afectado) o no lo está, o bien si su primera oleada de infección está remitiendo o si ha comenzado a aparecer la siguiente oleada.

3. PAPEL DE LA UNIÓN EUROPEA EN LA PREPARACIÓN Y LA RESPUESTA FRENTE A UNA PANDEMIA DE GRIPE

En marzo de 2004, la Comisión Europea elaboró el documento de trabajo "*Planificación Comunitaria de la Preparación y la Respuesta Frente a Pandemias de Gripe*" en el que se planteaban las cuestiones clave, a escala nacional y de la Unión Europea (EU), relacionadas con la planificación de la preparación y la respuesta frente a pandemias de gripe. En él se hace referencia a la legislación sobre salud animal y a las actuaciones encaminadas a prevenir y controlar la gripe en animales, en especial la gripe aviar.

El documento se ocupa de la planificación necesaria para que la UE responda con eficacia a una pandemia de gripe potencial o real, y se elaboró teniendo en cuenta el «Plan de preparación para la pandemia de influenza. El Rol de la Organización Mundial de la Salud y Guías para la Planificación Nacional y Regional» (OMS, Ginebra, 1999)

El objetivo del plan de preparación es minimizar el riesgo de pandemias, asegurar la preparación frente a ellas y conseguir una respuesta coordinada de la Comunidad:

- identificando los componentes clave de la respuesta;
- determinando las actividades de la Comisión, la Agencia Europea del Medicamento y los Estados Miembros que podrían facilitar las medidas de respuesta y ayudar a coordinarlas.

La tarea de vigilancia más importante de los Estados Miembros es detectar y caracterizar tempranamente las cepas pandémicas a partir de muestras clínicas o de otro tipo, así como determinar los riesgos para conocer el potencial que tienen esas cepas de causar brotes extensos en los seres humanos.

Las definiciones de casos de gripe que deben emplearse en la notificación están establecidas en la Decisión 2003/534/CE de la Comisión por la que se modifica la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo y la Decisión 2000/96/CE por lo que se refiere a las enfermedades transmisibles mencionadas en estas decisiones, y se modifica la Decisión 2002/253/CE¹¹ por lo que respecta a las definiciones de casos para las enfermedades transmisibles.

Como parte de sus esfuerzos por establecer una amplia base de actuación en la Comunidad, la Comisión ha proporcionado financiación al Sistema Europeo de Vigilancia de la Gripe (EISS, European Influenza Surveillance Scheme) desde 1999, con arreglo a lo dispuesto por la Decisión nº 647/96/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.

El documento de trabajo fue elaborado para servir como punto de partida de un debate sobre la coordinación de las medidas de preparación contra la gripe y sobre las recomendaciones que pueden hacerse a este respecto.

El Consejo de la Unión Europea en junio de 2004 extendió el mandato del Comité de Seguridad Sanitaria -Health Security Committee (HSC)- para desarrollar la planificación comunitaria de la preparación y la respuesta frente a pandemias de gripe y para evaluar la conveniencia de abordar un posible proceso de negociación con la industria farmacéutica sobre la producción y distribución de vacunas y antivirales. Debido a ello, este Comité ha ampliado sus responsabilidades para asumir los aspectos relacionados con el Plan Pandémico de Gripe. Este mandato se revisará cuando el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades esté operativo, (26 de mayo de 2005).

4. OBJETIVOS DEL PLAN

Este Plan Nacional se elabora siguiendo las recientes recomendaciones emitidas desde la OMS y la UE con objeto de armonizar la preparación y las medidas de respuesta y con el propósito de servir de guía para la elaboración de los Planes de respuesta en todos los niveles operativos desarrollados desde las Comunidades Autónomas (CCAA).

Generales:

- Reducir el impacto de la pandemia en la salud de la población y mantener el funcionamiento de los servicios esenciales para la sociedad.
- Tomar medidas que reduzcan la difusión del virus, una vez identificado un nuevo subtipo de virus de la gripe con eficacia demostrada en la transmisión de persona a persona, para poner en marcha las medidas de protección para la población.
- Garantizar que la respuesta y las medidas adoptadas se corresponden a las recomendaciones de la OMS en cada fase.

Específicos:

- Definir un sistema que permita dar una respuesta flexible ante una pandemia de gripe de características no predecibles.
- Identificar rápidamente una nueva cepa del virus de la gripe potencialmente pandémico.
- Evaluar rápidamente la situación epidemiológica emergente en una nueva pandemia, para ajustar las medidas de control y reducir en todo lo posible la extensión de la pandemia.
- Revisar permanentemente la información epidemiológica y clínica para indicar las pautas a seguir en la detección, aislamiento y manejo de los casos.
- Administrar tratamiento y cuidados al mayor número de población enferma de gripe en base a los conocimientos más actuales.
- Desarrollar y validar pruebas diagnósticas para el nuevo virus y proveer de los servicios de referencia necesarios a nivel nacional.
- Reducir el impacto sobre los servicios sanitarios y sociales como consecuencia de la pandemia (cancelación de trabajos de rutina, reorganización de las prioridades de los servicios, etc.).
- Asegurar y mantener los servicios esenciales y reducir el impacto en la vida diaria de la población.
- Aportar información oportuna, validada y actualizada a los profesionales, a la población y a los medios de comunicación durante la pandemia.
- Cuantificar la magnitud global y la carga de la pandemia en nuestro país y caracterizar su impacto.
- Colaborar efectivamente con las organizaciones internacionales y con las Comunidades Autónomas para coordinar las medidas a tomar.
- Coordinar las actuaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo con otras Administraciones Públicas con competencias en el control del impacto de la pandemia.

5. ELEMENTOS CLAVE DE LA RESPUESTA

5.1. Estructura organizativa y coordinación.

5.1.1. Comité Ejecutivo Nacional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, en España se ha creado el Comité Ejecutivo Nacional de Gripe (CENG) con el objetivo de desarrollar y coordinar las acciones relacionadas con el Plan de Actuación. (REAL DECRETO 1131/2003, de 5 de septiembre, por el que se crea el Comité Ejecutivo Nacional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe. BOE núm.214 del sábado 6 septiembre 2003)

Según consta en el Real Decreto, la composición y las funciones del Comité son las siguientes:

Composición del Comité:

- El Comité está presidido por la Ministra de Sanidad y Consumo ó persona en quien delegue.
- Los vocales del Comité son:
 - a) El Secretario General de Sanidad.
 - b) El Director General de Salud Pública.
 - c) El Director General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección.
 - d) El Director General de Farmacia y Productos Sanitarios.
 - e) El Director de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AGEMED).
 - f) El Director del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

g) Los Directores de los Centros Nacionales de Gripe de la OMS y del Centro de Investigación en Sanidad Animal (CISA) y del Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria (INIA).

h) Un representante, con rango de director general, de los Ministerios de Asuntos Exteriores, Interior, Fomento, Trabajo y Asuntos Sociales, Agricultura, Pesca y Alimentación, Administraciones Públicas, Economía y Educación y Ciencia, y en representación del Ministerio de Defensa el Inspector General de Sanidad de la Defensa.

Asumirá las funciones de secretaría del Comité Ejecutivo el Director General de Salud Pública.

- Cuando así lo aconseje la naturaleza de los asuntos a tratar, podrán asistir a las reuniones los titulares de otros órganos de la Administración General del Estado, sí como aquellas personas cuya presencia pueda considerarse de interés para el desarrollo de la labor del Comité.

Funciones y competencias del Comité:

Corresponde al Comité el seguimiento, la coordinación y, en su caso, la propuesta de actuaciones oportunas, en el ámbito de la Administración General del Estado.

En particular, el Comité tiene las siguientes funciones:

- a) El diseño de la estructura organizativa y de los niveles de responsabilidad de las operaciones de decisión y control para hacer frente a una posible pandemia de gripe.
- b) El seguimiento y evaluación de las actividades de planificación, incluyendo los planes de respuesta.
- c) La adopción de los criterios de actuación, en función de la fase pan-

- démica, siguiendo en cada momento las recomendaciones de la OMS.
- d) La coordinación de la información que deba suministrarse tanto a organismos internacionales como nacionales.
 - e) La coordinación de las actuaciones de la Administración General del Estado con otras Administraciones Públicas con competencias en la materia y la cooperación con ellas.
 - f) Cualquier otra actuación relacionada con la pandemia de gripe que requiera una coordinación de las actuaciones de la Administración General del Estado y, en su caso, de las demás Administraciones Públicas competentes.

Junto con el Grupo Operativo garantizará la equidad en el acceso a los recursos sanitarios en caso de disponibilidad limitada en el Estado Español

5.1.2. Comisión de Salud Pública

El Comité Ejecutivo coordinará los Planes de Preparación y Respuesta elaborados en las Comunidades Autónomas a través de la Comisión de Salud Pública (CSP). El objetivo de esta coordinación será la armonización de los Planes Autonómicos de Respuesta entre sí, con el Plan Nacional y con las recomendaciones de la UE y la OMS.

Para ello, se celebrarán las reuniones de la CSP que se estimen oportunas, y a ellas acudirán también los responsables de los Planes Autonómicos.

Esta Comisión tiene las siguientes funciones:

- Garantizar que las medidas de control establecidas para cada fase en el Plan Nacional se adopten coordinadamente en todas las CCAA.
- Asegurar que las actividades contempladas en los Planes Autonómicos se adaptan a las estructuras organizativas de cada Comunidad Autónoma.

- Garantizar la equidad en el acceso a los recursos sanitarios en caso de disponibilidad limitada en el Estado Español.

5.1.3. Grupo Operativo del Comité Ejecutivo

El Grupo Operativo del Comité Ejecutivo (GOCE), creado por decisión del Comité Ejecutivo, contribuirá a tomar medidas para reducir el impacto de la pandemia sobre la salud de la población.

Este Grupo tiene las siguientes funciones:

- Planificar, iniciar y coordinar la respuesta de las instituciones implicadas en el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante la Pandemia
- Apoyar al sistema de salud en todos sus niveles en la preparación de los Planes.
- En las fases de alerta pandémica y de pandemia, garantizará la revisión permanente del Plan Nacional de Preparación y Respuesta de acuerdo a las evidencias epidemiológicas aportadas por la OMS en estas fases.
- Proponer al Comité Ejecutivo las estrategias de control frente a la pandemia.
- Garantizar la equidad en el acceso a los recursos sanitarios en caso de disponibilidad limitada en el Estado Español.

Está compuesto por los siguientes miembros:

- Presidente: Director General de Salud Pública del MSC
- Vicepresidente: un experto designado por la Presidencia del Comité Ejecutivo.
- Vocales:
 - 1 Representante del Instituto de Salud Carlos III
 - 1 Representante de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

- 1 representante de la Dirección General de Ganadería del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación,
- 1 representante de la Dirección General de Protección Civil del Ministerio de Interior,
- 1 representante del Ministerio de Defensa.
- El presidente del Comité Científico y
- 1 representante del Grupo Técnico de coordinación.

Este grupo se reunirá con carácter periódico cada seis meses y siempre que sea necesario con carácter urgente y prioritario.

5.1.4. Grupo Técnico de Coordinación

El papel del Grupo Técnico de Coordinación (GTC) es asesorar y apoyar a los comités anteriores en la consecución de sus objetivos y coordinar las actividades de los subcomités.

Sus funciones son:

- Estar en contacto con los niveles técnicos de la OMS y otras agencias internacionales.
- Aportar la información necesaria para mantener actualizado permanentemente el Plan Nacional de Preparación y Respuesta
- Coordinar la información virológica, clínica y epidemiológica para apoyar las decisiones sobre las estrategias de uso de antivirales y vacunas.
- En las fases de alerta pandémica, podrá contar con un equipo móvil de especialistas en epidemiología de campo para evaluar el riesgo de extensión y apoyar la toma de medidas de contención.
- Coordinar con distintos especialistas la elaboración de las guías nacionales de recomendaciones de salud pública.

- Coordinar las actividades del sector salud con otros sectores técnicos implicados.
- Colaborar con el subcomité de comunicaciones para identificar la forma más adecuada de informar a la población de manera transparente.
- En las fases de alerta pandémica, actualizar diariamente la información mundial y comunicar al Grupo Operativo la información de relevancia.
- Será el responsable de la notificación de casos a la OMS.

Este Comité está formado por: el Director General de Salud Pública del MSC, representantes de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología (SGPSyE), y de la Subdirección General de Sanidad Exterior (SGSE). Podrá constituir grupos de expertos para asesorarse en los distintos temas cuando lo considere oportuno.

5.1.5. Comité Científico

Su función es apoyar, asesorar e informar en los temas de carácter científico que el Comité Ejecutivo le consulte, en relación con el desarrollo del Plan Nacional y el proceso de toma de decisiones ante una pandemia de gripe.

Está compuesto por los siguientes miembros:

- Presidente: Secretario General de Sanidad del MSC
- Vicepresidente: Director General de Salud Pública del MSC.
- Secretario: Un representante de la SGPSyE
- Vocales: 14 designados entre los miembros de la comunidad científica con una reconocida trayectoria profesional pertenecientes a las siguientes sociedades científicas y colegios profesionales:

- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
- Sociedad Española de Epidemiología
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica
- Asociación Española de Pediatría.
- Sociedad Española de Geriatría
- Sociedad Española de Virología
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
- Consejo General de Colegios Oficiales de Veterinarios
- Consejo General de Enfermería en España
- 1 representante de la Universidad
- Instituto de Salud Carlos III

5.1.6. Subcomités o grupos de trabajo específicos

Para el desarrollo técnico de cada uno de los aspectos claves del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una pandemia de gripe se constituyen los siguientes Subcomités o grupos de trabajo específicos:

1. Subcomité de vigilancia
2. Subcomité de vacunas y fármacos Antivirales
3. Subcomité de respuesta a la emergencia de los servicios sanitarios
4. Subcomité de comunicaciones

En los apartados siguientes se detallan los objetivos y la estructura de cada uno de los Subcomités.

Elementos clave del Plan Nacional

En el Plan de Preparación frente a una pandemia de gripe, publicado en abril de 2005, la OMS recomienda a las autoridades sanitarias que elaboren sus planes de preparación y respuesta definiendo:

- una estructura organizativa y de coordinación
- la vigilancia epidemiológica y virológica
- las medidas de prevención y control (vacunas, antivirales y medidas de intervención no farmacéuticas)
- la respuesta del sistema de salud, y
- la estrategia de comunicaciones.

5.2. Vigilancia epidemiológica y virológica

Debido a los cambios antigénicos continuos del virus de la gripe es fundamental una rigurosa y constante vigilancia de la enfermedad, incluyendo aspectos virológicos y epidemiológicos. La vigilancia virológica debe abarcar el aislamiento de virus y la realización de estudios antigénicos y genéticos, mientras que la vigilancia epidemiológica incide en el conocimiento de la difusión e impacto clínico de las posibles nuevas cepas antigénicas detectadas. Aunque la detección de variantes mayores (cambio o shift antigénico) constituye el máximo objetivo de la vigilancia virológica, deben vigilarse asimismo las variaciones antigénicas menores (deriva o drift) que se producen en cada epidemia anual, y que son la causa de la revisión anual de la composición de la vacunación antigripal.

La información derivada de la vigilancia de la gripe será clave para la rápida identificación del inicio de una pandemia de gripe y para la toma de decisiones sobre las intervenciones a desarrollar en cada momento.

Los objetivos de la vigilancia de la gripe deben ir modificándose de acuerdo al contexto epidemiológico de la enfermedad y a las posibilidades de intervención. En la fase

interpandémica, el objetivo fundamental de la vigilancia es mantener los sistemas activos y asegurarse de que está funcionando un sistema de alerta temprana.

Una vez iniciada la pandemia, los objetivos principales de la vigilancia serán aportar información sobre las características de la infección en la población, seguimiento de la evolución de la enfermedad y el impacto sobre los servicios sanitarios y otros servicios esenciales.

Durante una pandemia de gripe es importante que los sistemas de vigilancia sean flexibles ya que la definición de caso puede modificarse y el sistema de notificación tendrá que ir ajustándose a la situación.

Por otro lado, es esencial en la fase interpandémica disponer de un sistema de alerta rápida para poder detectar las agrupaciones inusuales o los casos de gripe que pueden ser debidos a una nueva cepa de virus gripal. Esta vigilancia es fundamental en los primeros momentos ya que la detección precoz permitirá la aplicación de medidas de salud pública en los primeros momentos, cuando estas medidas pueden retrasar el inicio y disminuir el impacto de la pandemia.

El inicio de una nueva pandemia no tiene que coincidir con la temporada gripal anual pudiendo aparecer en cualquier periodo del año

Para la identificación anual de las cepas a incluir en la vacuna antigripal existen en nuestro país tres Centros de Referencia de la OMS para la gripe (Centro Nacional de Microbiología ~Majadahonda; Centro de la Gripe ~Valladolid; y Laboratorio de Microbiología - Hospital Clínico /Universidad de Barcelona). De estos tres laboratorios, el de Majadahonda funciona también como laboratorio de referencia nacional.

La mayoría de las Comunidades Autónomas disponen de un laboratorio primario de virología con capacidad de aislar virus de la gripe.

Durante la temporada de gripe funciona un sistema centinela de vigilancia epidemiológica (redes de médicos centinela) constituyendo la Red Centinela de Vigilancia de la Gripe en España en la que participan 14 CCAA, hasta el momento actual. En el momento en que sea declarada la Fase de alerta pandémica 5, se activarán estas Redes

Se participa en el Sistema Europeo de la Vigilancia de la Gripe EISS (European Influenza Surveillance Scheme) aportando datos virológicos y epidemiológicos obtenidos en la red nacional.

La descripción detallada de estructura y funcionamiento de la vigilancia de la gripe en España se recoge en el apartado de Anexos.

Los aspectos de vigilancia de la gripe en la preparación para una pandemia exigen que en paralelo al desarrollo de la vigilancia humana exista un desarrollo de la vigilancia de la gripe animal y que ambos aspectos se trabajen de manera conjunta y coordinada.

5.2.1. Subcomité de vigilancia.

La función de este Subcomité es garantizar que la vigilancia es capaz de responder a los objetivos de este Plan en cada una de las fases de la pandemia.

Este Subcomité está formado por:

- Dirección General de Salud Pública del MSC (SGPSyE y SGSE).
- Dirección General de Cohesión y Alta Inspección del MSC
- Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del ISCIII
- Centro Nacional de Microbiología (CNM) del ISCIII
- Dirección General de Ganadería del MAPA
- Centro de Investigación en Sanidad Animal (CISA)

- Responsables de la vigilancia epidemiológica y virológica de todas las Comunidades Autónomas

Para desarrollar los distintos aspectos de la vigilancia este Subcomité creará los grupos de trabajo que considere oportuno.

5.3. Vacunas y fármacos antivirales.

Desde que se iniciaron los programas de vacunación frente a la gripe en los años 50, se ha podido comprobar que constituyen el elemento clave, imprescindible y esencial en la prevención y control de esta infección, aunque hay que tener en cuenta que la vacuna administrada anualmente no protegerá frente a una nueva cepa de gripe. Por ello, uno de los retos en la respuesta a una pandemia es desarrollar una vacuna segura e inmunógena que produzca protección frente a una nueva cepa en el menor tiempo posible.

Una vez que se inicie la pandemia, se pasará por tres situaciones sucesivas en relación a la vacunación como medida de salud pública que condicionarán la puesta en marcha de las otras medidas de control. Las tres situaciones serán las siguientes: no habrá vacuna disponible en el mundo, habrá vacuna con abastecimiento limitado y por último habrá amplia disponibilidad.

Frente a la posibilidad de una pandemia de gripe, sería necesario considerar una serie de cuestiones relativas a la disponibilidad, administración y aplicación de la nueva vacuna:

- Debido a que la cepa pandémica puede aparecer en cualquier momento y a la necesidad mínima de los laboratorios farmacéuticos de 4-6 meses para la elaboración de la nueva vacuna, hay que asumir que en las primeras semanas de pandemia la vacuna no estará disponible
- Toda la población será susceptible frente a la nueva cepa por lo que los grupos de riesgo a vacunar irían más

allá de los grupos habituales, alcanzando idealmente a toda la población española.

- En términos generales la respuesta inmunitaria frente a una vacuna en las personas seronegativas es bastante pobre; por ello, la emergencia de una cepa nueva necesitaría la administración de una segunda dosis para asegurar la máxima eficacia protectora.
- La capacidad de producir vacuna por la industria farmacéutica, en estos momentos, está limitada a su capacidad de producción anual en los periodos interpandémicos.

Como consecuencia de las cuestiones arriba planteadas, podemos considerar que frente a una pandemia gripal existirán probablemente cantidades insuficientes de vacuna, por lo que los fármacos antivirales, que pueden ser utilizados desde el primer momento, deberán estar disponibles en el país al comienzo de la pandemia.

Datos recientes procedentes de la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe de la OMS indican que las cepas de virus H5N1 son susceptibles a los inhibidores de la neuraminidasa. Todas las cepas aisladas de humanos y de los aislamientos de aves han demostrado la susceptibilidad *in vitro* de estos medicamentos.

Los antivirales inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir y zanamivir) se usan para tratar la enfermedad. Si se administran en las primeras 48 horas de la aparición de los síntomas, reducen aproximadamente 2 días la evolución de la enfermedad y disminuyen la tasa de complicaciones y de hospitalización tanto en adultos sanos como en personas incluidas en grupos de riesgo.

Por otro lado, también se pueden utilizar en la profilaxis de la gripe pandémica. En estudios realizados en situación interpandémica, ambos medicamentos han mostrado tener una eficacia de entre 65% y el 85% en la prevención de la enfermedad.

Así mismo, se muestran efectivos cuando se utilizan como medida profiláctica en residencias de ancianos.

La respuesta a una posible pandemia necesita contar inevitablemente con un aprovisionamiento de fármacos antivirales y de vacuna y los grupos prioritarios para la administración de ambos, así como los canales de distribución deben estar claramente definidos antes del inicio de la pandemia.

5.3.1. Subcomité de vacunas y fármacos antivirales

Tiene la función de asesorar en todos los aspectos técnicos relacionados con las vacunas y antivirales a los Comités y Organismos responsables de la toma de decisiones respecto a las medidas de control.

Los objetivos de este Subcomité en relación con las vacunas son:

- Definir y priorizar grupos diana en cada fase y revisarlos según la situación epidemiológica durante la pandemia.
- Establecer las condiciones de almacenamiento.
- Evaluar la cobertura de vacunación
- Elaborar un programa de control y seguimiento de la seguridad de la vacuna.
- Elaborar un programa de vigilancia de la efectividad de la vacuna en la población.

El uso de antivirales dentro del plan de respuesta ante una pandemia de gripe tiene como objetivo principal minimizar la gravedad de la enfermedad y el número de defunciones y en segundo lugar minimizar el grado de interrupción social que pudiera provocar la pandemia.

La identificación de los grupos de riesgo inicialmente se basa en lo ocurrido en años anteriores en los que la incidencia de gripe fue alta y en la experiencia de la evolución de pandemias pasadas. El “nivel de riesgo individual” no se podrá definir con exactitud

hasta que el virus pandémico haya sido detectado y causado enfermedad en la población. Por ello, es importante tener en cuenta que la definición de “grupos de alto riesgo” se deberá redefinir cuando se inicie la pandemia en base a los datos epidemiológicos que estén disponibles en cada momento.

Los objetivos de este Subcomité en relación con los antivirales son:

- Definir y revisar los usos autorizados para cada antiviral, así como los posibles abastecedores
- Revisar las evidencias sobre la eficacia de cada uno de los antivirales.
- Establecer las condiciones de abastecimiento, almacenamiento y caducidad.
- Definir y priorizar grupos de población a los que administrar los antivirales
- Elaborar un programa de control y seguimiento de efectos adversos.
- Identificar laboratorios con capacidad de detección de cepas resistentes y desarrollar un programa de vigilancia de las mismas.

Este Subcomité está compuesto por representantes de los siguientes organismos:

- MSC: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
- MSC: Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios
- MSC: Dirección General de Cohesión del SNS y Alta Inspección.
- MSC: Dirección General de Salud Pública
- MSC: Instituto de Salud Carlos III
- MEC: Centro de Investigación en Sanidad Animal
- Ministerio de Asuntos Exteriores
- Ministerio de Economía
- Ministerio de Interior
- Centro de Gripe de Valladolid

5.4. Programas de respuesta de los servicios sanitarios

Durante una pandemia de gripe habrá un gran aumento de la demanda asistencial en un periodo de tiempo muy breve, por lo tanto los responsables sanitarios necesitan tener definidos Programas que establezcan las actividades de los sistemas sanitarios en cada uno de sus centros, para cada fase pandémica.

Las CCAA tendrán un Plan Autonómico de Preparación y Respuesta con un Comité Ejecutivo/Asesor con representantes de la Consejería de Sanidad, de los servicios de emergencias que se encargará de establecer la cadena de responsabilidad en la Comunidad Autónoma y representantes de las instituciones públicas y privadas que jueguen algún papel en las distintas fases de la pandemia.

Los programas de respuesta a la emergencia de los servicios sanitarios deben de:

1. Elaborar un plan que establezca las actividades de control de la infección, vigilancia y seguimiento del paciente, garantía de asistencia sanitaria, de acceso rápido a las medidas de salud pública (antivirales y vacuna) y comunicación en cada nivel para cada una de las fases.
2. Garantizar que el Programa de Respuesta autonómico se conoce por todos los actores y se revisa y prueba periódicamente.
3. Evaluar la disponibilidad de camas a nivel de área o distrito y estudiar formulas que amplíen la capacidad actual.
4. Disponer de protocolos para que cuando llegue la pandemia se puedan dar el mayor número posible de altas a pacientes ingresados que no requieran cuidados continuos.
5. Desviar a los pacientes con enfermedad respiratoria compatible similar a la gripe a salas de espera especiales ya

sea en el hospital o habilitando espacios para este fin.

6. Establecer un centro de seguimiento de la pandemia (físico o telefónico) para gestionar el flujo de pacientes.
7. Reforzar la vigilancia de las medidas de control de la infección en el hospital y estudiar los casos de probable transmisión hospitalaria para revisar la eficacia y/o el cumplimiento de las medidas de control recomendadas.

El desvío de pacientes tiene por objeto disminuir el riesgo de transmisión de la infección, identificando a las personas que pueden padecer la enfermedad pandémica y separándolas del resto de pacientes, a la vez que se evalúa el tipo de cuidados que requieren. Siempre que sea posible, se deberá dedicar un área específica para pacientes con fiebre o enfermedad respiratoria. Como no todos los pacientes desviados a esta área tendrán gripe, se tomarán medidas de control de la infección, como suministrar mascarillas a las personas con tos y se establecerán suficientes zonas para el lavado de manos. Dentro de los hospitales se deberá evitar la transmisión de la infección a otros pacientes ingresados o que acuden a consultas externas que pertenezcan a los grupos de alto riesgo de presentar complicaciones en caso de adquirir la infección.

El centro de seguimiento de la pandemia (físico o telefónico) puede gestionar el flujo de pacientes, referirlos a médicos de atención primaria o a otros hospitales o centros cuando no requieran ingresar.

Se pueden establecer servicios de seguimiento domiciliario para los pacientes que no requieran hospitalización y puedan ser tratados en su domicilio.

Durante el pico de la pandemia será necesario que los centros de desvío dispongan de suficientes profesionales sanitarios dada la gran cantidad de personas que demandaran asistencia.

5.4.1. Subcomité de respuesta a la emergencia en los servicios sanitarios

El objetivo de este Subcomité es que cada Comunidad Autónoma disponga en su Plan de Preparación y Respuesta ante una pandemia de gripe de Programas asistenciales y que éstos estén elaborados según criterios de armonización con la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea.

Este Subcomité debe garantizar que todos los Programas Asistenciales tengan incorporados los siguientes aspectos:

- La organización de la asistencia sanitaria para hacer frente a un incremento brusco de la demanda asistencial debida a una pandemia de gripe.
- Las estrategias para incrementar la capacidad de gestión de recursos y personal para afrontar la pandemia. Coordinación de todos los sectores involucrados.
- Los canales de distribución de fármacos antivirales y vacunas hasta el nivel local.
- Los protocolos de tratamiento y manejo del paciente y control de la infección.
- La estimación de las necesidades de medicamentos y el abastecimiento de otros materiales.
- Mecanismos para aumentar el conocimiento de los trabajadores de la salud en aspectos relacionados con la pandemia de gripe.
- La coordinación de los aspectos relacionados con la comunicación a los profesionales sanitarios.

Este Subcomité está coordinado por la Dirección General de Salud Pública y de Cohesión y Alta Inspección del MSC y constituido por los responsables de los Programas de Respuesta a la Emergencia de los Servicios Sanitarios de las CCAA. Participarán representantes del grupo Técnico de Coordinación.

5.5. Comunicaciones.

Una pandemia es un acontecimiento internacional y por tanto existen compromisos de comunicación con organizaciones internacionales como la OMS y la Unión Europea en ambos sentidos. La OMS es el organismo responsable de comunicar el cambio de fase y de periodo a nivel mundial.

Con el objetivo de desarrollar una estrategia global de telecomunicaciones para asegurarse la correcta difusión, acceso, adecuación y prontitud en las informaciones, es preciso empezar a elaborar una serie de actividades destacando entre ellas las siguientes:

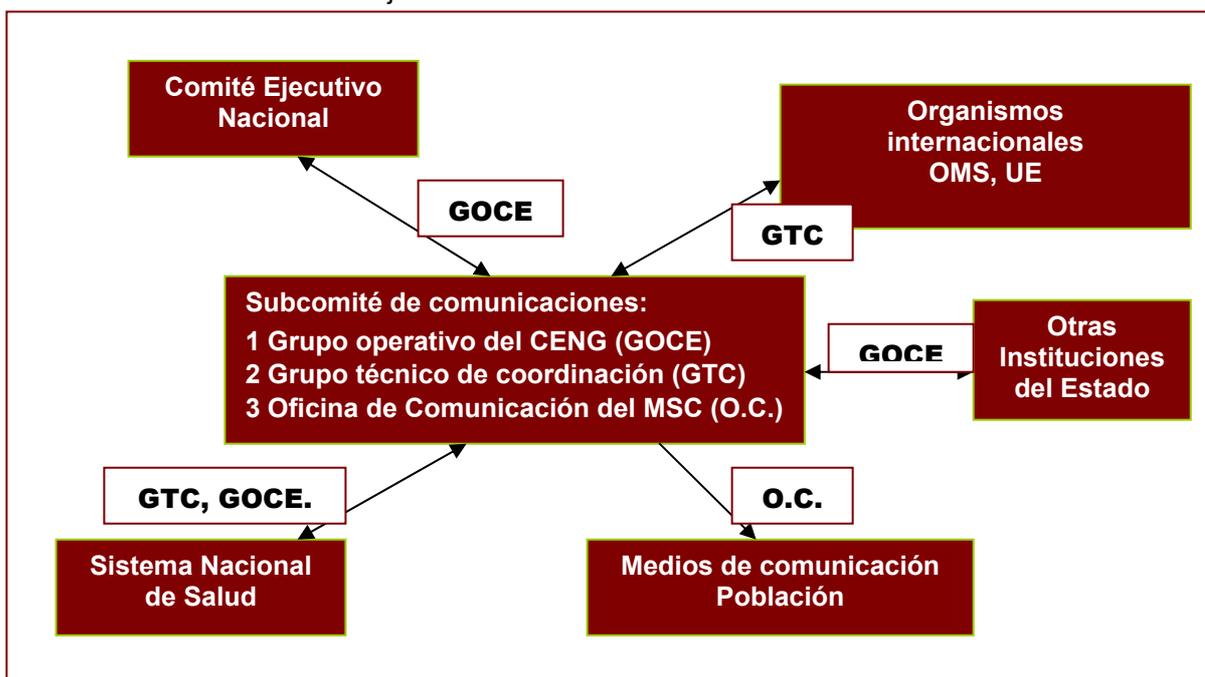
- Mejora progresiva de los sistemas de comunicación ya existentes, incluyendo los sistemas electrónicos (e-mail e internet), líneas telefónicas de asesoramiento (líneas 900), boletines informativos periódicos sobre la situación pre-pandémica y folletos simples y comprensibles sobre la gripe, sus características y métodos de actuación (vacunación y antigripales).
- Elaboración de diferentes materiales divulgativos con información actualizada y de fácil comprensión, preferentemente en forma de: folletos informativos destinados a la población general, fichas con informaciones que deban transmitirse a los medios de comunicación tanto escritos como audiovisuales,
- Crear una línea telefónica “caliente” para consultas rápidas.
- Desarrollar un sistema nacional de videoconferencias que permitan mantener contactos no físicos entre las diferentes instituciones durante la pandemia.
- Crear una página Web con dos modos de acceso, a población general y a profesionales con los planes de respuesta, guías, protocolos y toda la información que se considere conveniente en cada fase.

Para ayudar y asistir a las diferentes instituciones sanitarias y sociales, locales y comunitarias, en el manejo del incremento de la demanda asistencial, deberían elaborarse una serie de guías y folletos informativos haciendo especial énfasis en los aspectos que en cada fase se consideren más importantes.

Uno de los principales objetivos de todas las actividades informativas será el de crear

un estado de opinión favorable y un conocimiento amplio sobre las repercusiones sociales y sanitarias de una pandemia de gripe y evitar duplicidad de esfuerzos que pueden disminuir los recursos humanos en el momento de la actuación. La obtención de amplio consenso en la mayoría de decisiones favorecerá su aceptación y posterior implantación en el momento que se precise.

Flujo de circulación de la información:



La información se recogerá en el subcomité de comunicaciones y se compartirá con los organismos señalados en el cuadro.

Este subcomité está formado por representantes del Grupo Operativo, del Grupo Técnico de Coordinación y de la Oficina de comunicaciones del MSC.

5.5.1. Subcomité de comunicaciones

Este subcomité tiene por objetivo coordinar las necesidades de información para optimizar la eficacia de la respuesta, y para ello, facilitará información actualizada y precisa oportunamente a todos los niveles: medios de comunicación, población y profesionales involucrados en el plan de respuesta, utilizando los medios de difusión que considere más eficaces en cada fase y para cada grupo.

5.6. Otras medidas para prevenir la extensión de la enfermedad entre la población

Las medidas básicas para retrasar la transmisión de la infección y minimizar el grado de interrupción social que pudiera provocar la pandemia son las siguientes:

- Antivirales y vacunas que han sido tratados en el apartado 5.3 .
- Intervenciones no médicas: Basados en las recomendaciones de la OMS se

desarrollarán protocolos y guías que deberán estar en continua revisión sobre las siguientes medidas:

- a.) Guías sobre higiene respiratoria y lavado de manos.
- b.) Consejos a viajeros que lleguen o se dirijan a las áreas afectadas
- c.) Medidas de detección de casos y actuación en aeropuertos y puertos.
- d.) Aislamiento domiciliario voluntario
- e.) Aislamiento voluntario de los contactos de casos.
- f.) Restricciones locales en la movilidad de las personas
- g.) Restricción de grandes reuniones, actos públicos, reuniones internacionales en territorio nacional.
- h.) Cierre de colegios y otros centros de enseñanza (estudiando el impacto de esta medida en el mantenimiento de algunos sectores)

La mayoría de estas medidas implican una revisión de la legislación sobre la salud pública

5.7. Aspectos legales

Los servicios jurídicos del Ministerio de Sanidad y Consumo deberán estudiar los aspectos jurídicos en relación con la obligatoriedad de la vacuna, con el aislamiento obligatorio y la restricción de movimientos de personas, según la Ley 3/1996 de 14 de abril Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, artículos 2 y 3.

La administración obligatoria de antivirales del personal involucrado en la puesta en marcha de este plan, en sus distintas fases, así como de los contactos de los pacientes podría llegar a ser obligatoria.

Cuando la vacunación sea obligatoria, el gabinete jurídico estudiará la fórmula para que el Estado indemnice, si se presentan reacciones adversas.

6. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES EN LAS DIFERENTES FASES PANDÉMICAS

6.1. Periodo interpandémico. Fase 1.

En esta fase no se han detectado nuevos subtipos del virus de la gripe en personas. En animales puede detectarse algún subtipo del virus de la gripe que ha causado infección previamente en personas. Sin embargo, el riesgo de infección o enfermedad para las personas se considera bajo.

Durante esta fase las actividades se centran en reforzar la preparación ante la pandemia de gripe a nivel mundial, regional, nacional y autonómico. La atención se centra en la vigilancia de la gripe estacional y la OMS será el organismo responsable de la coordinación de la investigación de los acontecimientos iniciales.

Objetivos:

- Desarrollar y mantener planes de preparación y respuesta armonizados con los planes internacionales
- Mejorar el conocimiento y control de la gripe estacional
- Reforzar la vigilancia de la gripe animal y humana para ser capaces de identificar un nuevo subtipo de virus de gripe, si apareciera en España.
- Mantener la coordinación con las redes de vigilancia y los organismos internacionales.
- Mejorar la coordinación nacional, intersectorial e intergubernamental para reducir el riesgo de infección en humanos con un nuevo virus de la gripe.
- Definir estrategias y procesos para coordinar la rápida movilización de recursos durante las fases de alerta y los mecanismos para la toma rápida de decisiones.

Fase 1		
	Actividades	Responsables
Planificación y coordinación	Crear un Comité Ejecutivo Nacional de Gripe	Ministra de Sanidad y Consumo
	Crear un Grupo Operativo Nacional	Director Gral. Salud Pública
	Desarrollar un Plan Nacional de Preparación y Respuesta y revisarlo periódicamente	CENG
	Crear un Comité Ejecutivo en cada CCAA para impulsar la elaboración de un Plan de Respuesta Autonómico	CSP
	Informar sobre la importancia de disponer de planes de preparación a las personas relevantes en la toma de decisiones.	CENG; DGSP; CSP
	Identificar a las personas clave a movilizar para cuando aparezca una nueva cepa.	CENG
	Crear un Comité Científico	Secretario Gral. del MSC
	Constitución de Subcomités específicos	CENG; DGSP
Antivirales y Vacunas	Mantener contactos con los productores de vacuna y antivirales para garantizar el acceso en caso de pandemia.	DGSP
	Elaborar las estrategias de utilización de antivirales	SVyA
	Revisar las estrategias de vacunación frente a gripe estacional y aumentar las coberturas en los grupos de riesgo establecidos.	DGSP; CCAA
	Definir estrategias de actuación dirigidas a los trabajadores de granjas avícolas.	DGSP; MAPA

Fase 1		
	Actividades	Responsables
Vigilancia	Reforzar la vigilancia para detectar la emergencia de nuevas variantes y nuevas cepas del virus de la gripe tanto en humanos como en animales.	CNE; CNM; CCAA; MAPA
	Desarrollar el sistema de vigilancia para la detección de brotes de enfermedad respiratorio aguda grave.	CNE; CCAA
	Describir los patrones de morbilidad, mortalidad y la carga de enfermedad por gripe estacional.	CNE
	Disponer de un sistema de alerta rápida.	CNE
	Coordinación con la Red Europea de Vigilancia de Gripe (EISS)	CNE
	Caracterizar y compartir los aislamientos de virus de la gripe y la información sobre las cepas circulantes con los organismos internacionales relevantes (OMS, FAO, OIE)	Laboratorios de referencia OMS
	Reforzar la vigilancia virológica para que cada CCAA disponga de al menos un laboratorio capaz de aislar el virus de la gripe, identificando tipo y subtipo H1 y H3	CCAA
	Realizar cursos sobre las diferentes técnicas de diagnóstico para incorporar los nuevos métodos de tipificación y subtipificación molecular (RT-PCR multiplex) en la red de laboratorios	CNM
Reforzar la vigilancia en trabajadores con exposiciones a un probable riesgo.	MAPA; DGSP	
Respuesta a la Emergencia	Evaluar la capacidad de los sistemas de salud y de emergencia para establecer las necesidades ante una pandemia	SRESS
	Asegurar que en el sistema asistencial están identificados los responsables de la respuesta a la pandemia y los circuitos necesarios para su puesta en funcionamiento en caso de pandemia	SRESS
	Tener disponibles protocolos, algoritmos y guías de manejo de casos, control de la infección, desvío de pacientes, organización del personal sanitario, etc.	SRESS
	Asegurar la accesibilidad a laboratorios de bioseguridad.	CCAA; CNM
	Aumentar el conocimiento y la preparación de los trabajadores sanitarios para hacer frente a una pandemia de gripe	CCAA
Comunicaciones	Revisar la infraestructura y los sistemas de comunicación existentes.	SC
	Establecer una página Web con información relevante sobre la gripe.	DGSP
	Familiarizar a los medios de comunicación con los planes nacionales y las actividades de preparación en relación a la gripe estacional y pandémica.	SC
	Establecer canales de comunicación formal con la OMS y otras instituciones para el intercambio de información relacionada con la gripe	DGSP

6.2. Periodo interpandémico. Fase 2.

En la fase 2 no se han detectado nuevos subtipos del virus de la gripe en personas. Sin embargo, un subtipo de virus de la gripe en circulación en animales representa

un riesgo considerable de enfermedad para las personas.

Durante esta fase las actividades se centran en reducir al mínimo el riesgo de transmisión a personas, detectar y notificar los casos de una nueva cepa en humanos rápidamente y en reforzar la coordinación con los responsables de la sanidad animal,

para reducir los riesgos de infección en humanos.

Objetivos:

- Activar la coordinación con las autoridades nacionales de sanidad animal.
- Revisar el desarrollo de los planes de preparación y respuesta para detectar carencias.
- Activar y reforzar la vigilancia de la gripe animal y humana para ser capaces de identificar el nuevo subtipo de virus de gripe, si apareciera en España.
- Mantener la coordinación con las redes de vigilancia y los organismos internacionales.
- Mejorar la coordinación nacional, intersectorial e intergubernamental para reducir el riesgo de infección en humanos con el nuevo virus de la gripe.
- Desarrollar estrategias y procesos para coordinar la rápida movilización de recursos durante las fases de alerta y los mecanismos para la toma rápida de decisiones.

Fase 2		
	Actividades	Responsables
Planificación y Coordinación	Informar sobre la posibilidad de que aparezca una nueva pandemia a los responsables de la respuesta	DGSP; CENG
	Revisar el Plan Nacional de Preparación y Respuesta	CENG
	Revisar y actualizar los Planes de Preparación y Respuesta Autonómicos	CENG; CSP
	Mantener contacto periódico con las personas clave a movilizar ante la aparición de una nueva cepa.	CENG
	Desarrollar guías nacionales para la utilización de las intervenciones de salud pública.	GTC
Antivirales y Vacunas	Mantener contactos con los productores de vacuna y antivirales	DGSP
	Revisar las estrategias de utilización de antivirales	DGSP; SVyA
	Reforzar las estrategias para incrementar las coberturas de vacunación frente a gripe estacional	DGSP; CCAA
	Revisar las estrategias de actuación dirigidas a los trabajadores de granjas avícolas	DGSP; MAPA
Vigilancia	Reforzar la vigilancia para detectar la emergencia de nuevas variantes y nuevas cepas del virus de la gripe tanto en humanos como en animales.	CNE; CNM; CCAA; MAPA
	Detectar brotes de enfermedad respiratoria aguda grave.	CNE; CCAA
	Describir anualmente los patrones de morbilidad, mortalidad y la carga de enfermedad por gripe.	CNE
	Mantener activo el sistema de alerta rápida.	CNE; CNM; GTC
	Seguir participando en la Red Europea de Vigilancia de Gripe (EISS)	CNE; CNM
	Reforzar la vigilancia virológica para que cada CCAA disponga de al menos un laboratorio capaz de aislar el virus de la gripe, identificando tipo y subtipo H1 y H3	CCAA
	Información urgente a la OMS y a la OIE de cualquier aislamiento sospechoso de infección en animales	CNM; MAPA

Fase 2		
	Actividades	Responsables
	Reforzar la vigilancia en trabajadores con exposiciones a un probable riesgo.	MAPA
	Realizar estudios serológicos en los trabajadores de granjas afectadas por brotes de gripe animal.	MAPA; DGSP
	Elaborar un protocolo de actuación ante la sospecha de casos infectados por un nuevo virus de gripe	SV
Respuesta a la Emergencia		
	Evaluar la capacidad de los sistemas de salud y de emergencia para detectar y controlar brotes de enfermedad en los hospitales	SRESS
	Alertar a los profesionales sanitarios para que ante una infección respiratoria aguda apliquen el protocolo de actuación de sospecha de gripe por un nuevo virus con potencial pandémico.	SRESS
	Actualizar y probar los protocolos, algoritmos y guías de manejo de casos, control de la infección.	SRESS
Comunicaciones		
	Probar periódicamente el funcionamiento de los sistemas de comunicación existentes.	SC
	Mantener actualizada la página sobre la gripe.	DGSP
	Mantener actualizados a los medios de comunicación con las actividades realizadas en relación a la gripe estacional y pandémica.	SC

6.3. Periodo de alerta pandémica. Fase 3

En esta fase se ha detectado infección en humanos con un subtipo nuevo del virus de la gripe, pero sin transmisión persona a persona, o a lo sumo casos raros de transmisión a un contacto próximo.

Las actividades se centran en asegurar la rápida caracterización del nuevo subtipo del virus y la detección y notificación tempranas de casos adicionales. Probablemente los primeros casos ocurran fuera de España y la presencia de casos será baja y asociada fundamentalmente a personas con antecedente de viaje a zonas afectadas.

Un solo caso en España requerirá una investigación completa y la adopción de medidas estrictas de control para él y sus contactos. Cuando la detección de brotes fuera de España aumente, las medidas de control deben extremarse.

Objetivos:

- Asegurar que existen los mecanismos para reconocer y controlar los riesgos de transmisión a humanos en nuestro país.
- Coordinar la puesta en marcha de procesos que contengan o retrasen la transmisión de la infección a la población desde un pequeño foco.
- Detectar rápidamente los primeros casos en España y tomar las medidas de control y contención necesarias
- Garantizar que la vigilancia epidemiológica es capaz de detectar, estudiar y controlar oportunamente los brotes y evaluar el riesgo de difusión.
- Valorar el uso de antivirales en estas fases y en las siguientes.

- Prevenir la infección nosocomial y las infecciones en los laboratorios. con las organizaciones internacionales tales como OMS y UE.
- Mantener informados oportunamente a los profesionales sanitarios
- Mantener contacto estrecho con los responsables de los planes a nivel autonómico, con otros sectores y departamentos gubernamentales, además de

Fase 3		
	Actividades	Responsables
Planificación y Coordinación	Activar el Plan Nacional de Preparación y Respuesta	CENG
	Activar el Comité Ejecutivo Nacional y todos los Grupos que de él dependen.	CENG
	Reforzar la coordinación con los responsables autonómicos, OMS y UE para armonizar las medidas a tomar ante la pandemia	DGSP; CSP; GTC
	Desarrollar ejercicios de simulación y utilizar los resultados para la mejora de los planes pandémicos	DGSP; GTC
	Revisión de la legislación actual sobre la aplicación de las medidas de salud pública.	MSC (Gabinete Jurídico)
Antivirales y Vacunas	Revisar la utilización, adquisición y el almacenamiento de antivirales para usar en caso de necesidad	DGSP; AGEMED
	Establecer acuerdos de suministros con los laboratorios productores de antivirales	DGSP; CSP
	Revisar la definición de los grupos prioritarios y las estrategias de administración de antivirales y vacunas en caso de abastecimiento restringido. Evaluar las necesidades de abastecimiento del material necesario para su administración.	SVyA; GTC
	Estudiar la adquisición y el almacenamiento de las vacunas frente a nuevas cepas, disponibles en el mercado.	DGSP; AGEMED
	Conocer y estudiar las iniciativas de la Comisión Europea para adquisición de vacunas pandémicas y antivirales	DGSP; AGEMED
	Elaborar Guías de uso de los antivirales	
	Elaborar un programa de control y seguimiento de efectos adversos de los antivirales	AGEMED
	Elaborar un programa de control y seguimiento de la seguridad de la vacuna	AGEMED
	Protocolo de preparación local de los antivirales para su utilización inmediata	AGEMED
Vigilancia	Asegurar que las actividades de vigilancia permiten detectar los primeros casos importados de gripe por un nuevo subtipo de virus, reforzando la vigilancia en personas procedentes de países con zonas de riesgo.	CCAA; SV
	Asegurar que en todos los niveles se dispone de un Protocolo de actuación con la definición de caso y guías y algoritmos de manejo de las muestras y del circuito de notificación.	DGSP; SV

Fase 3		
	Actividades	Responsables
	Estudio de contactos en los primeros importados.	CCAA; GTC
	Asegurar que los canales de notificación con organismos internacionales están definidos y coordinados.	CCAA; CNE; GTC
	Disponer de un Protocolo para estudiar los brotes de enfermedad respiratoria aguda en viajeros	GTC; CCAA
	Desarrollar programas de vigilancia de cepas resistentes a los antivirales	SV
	Reforzar la capacidad diagnóstica y la coordinación con laboratorios regionales de la OMS.	CNM; SV
	Garantizar que los laboratorios nacionales de referencia de gripe disponen de recursos para diagnosticar un nuevo subtipo de virus.	CCAA; CNM
	Reforzar la coordinación de las actividades de la vigilancia humana y animal	CNE; MAPA
	Diseñar un estudio para evaluar la efectividad de la vacuna durante la pandemia	SV
Respuesta a la Emergencia	Activar los Planes Autonómicos de Preparación y Respuesta y reforzar la coordinación de los servicios de emergencias y representantes de las instituciones públicas y privadas que jueguen algún papel en la puesta en marcha de los planes.	CCAA; SRESS
	Comprobar que los mecanismos de ampliación de la capacidad actual de camas y habitaciones de aislamiento están preparados en cada área y distrito	CCAA; SRESS
	Asegurar que todos los centros sanitarios disponen de protocolos de control de la infección adecuados, de medidas de protección individual y de manejo de casos y contactos	CCAA; SRESS
	Mantener permanentemente informados a los profesionales sanitarios sobre la situación y actividades en las que estén involucrados	CCAA; SC
	Asegurar que los protocolos de utilización de antivirales y los suministros del material necesario están disponibles en todos los niveles	CCAA; SRESS
	Elaborar estrategias de distribución y administración urgente de vacunas y antivirales	CCAA; SRESS
	Garantizar que el suministro de los materiales y equipamiento sanitario está disponible en todos los niveles	CCAA; SRESS
Respuesta a la Emergencia desde Sanidad Exterior	Información permanente a los Centros de Vacunación Internacional	DGSP(Sanidad Exterior)
	Protocolo de actuación en los aeropuertos para el control de los viajeros procedentes de las áreas de riesgo	DGSP (Sanidad Exterior)
	Información y recomendaciones a viajeros a zonas de riesgo (tarjetas individuales, carteles, consejos sanitarios...)	DGSP (Sanidad Exterior)
	Elaboración de cuestionarios de recogida de información de viajeros provenientes de áreas afectadas	DGSP (Sanidad Exterior)
	Recomendaciones para el manejo de casos posibles en cruceros internacionales	DGSP (Sanidad Exterior)

Fase 3		
	Actividades	Responsables
	Normas para la protección de las personas expuestas en puertos y aeropuertos	DGSP (Sanidad Exterior)
	Recomendaciones sanitarias ante las adopciones internacionales procedentes de áreas afectadas	DGSP (Sanidad Exterior)
	Recomendaciones para embajadas y consulados españoles dirigidas a los ciudadanos españoles que residen en zonas afectadas	DGSP (Sanidad Exterior)
	Prohibición de importaciones siguiendo las directivas de la UE. Actuaciones en los PIF.	DGSP (Sanidad Exterior); MAPA
Comunicaciones	Revisar y actualizar los materiales de información dirigidos a los medios, público en general, trabajadores de salud y políticos.	SC
	Revisión y actualización permanente de la web	SC

6.4. **Periodo de alerta pandémica.** **Fase 4**

En esta fase se detectan pequeñas agrupaciones de casos con limitada transmisión de persona a persona. La transmisión está muy localizada, lo que sugiere que el virus no está bien adaptado a los humanos.

Las actividades se centran en contener la transmisión del nuevo virus dentro de focos localizados o retrasar la difusión con el fin de ganar tiempo para aplicar las medidas de respuesta.

- Asegurar que el sistema de vigilancia es capaz de detectar y caracterizar brotes y evaluar el riesgo de transmisión,
- Coordinar la puesta en marcha de medidas que retrasen la extensión de la infección en la población,
- Limitar la morbi-mortalidad asociada a los casos en humanos,
- Prevenir la transmisión nosocomial, y
- Preparar a la población para la posible llegada de una pandemia

Objetivos:

Fase 4		
	Actividades	Responsables
Planificación y Coordinación	Activar el Plan Nacional de Preparación y Respuesta	CENG
	Evaluar el estado actual de preparación y tomar medidas para corregir las deficiencias detectadas	CENG; CSP
	Reforzar la coordinación con las autoridades sanitarias de los países vecinos para coordinar la respuesta a la emergencia	DGSP; GTC
	Garantizar que los planes autonómicos están coordinados y preparados para su puesta en marcha	CSP
Antivirales y Vacunas	Revisar la utilización, adquisición y el almacenamiento de antivirales para usar en caso de necesidad	DGSP; AGEMED
	Valorar las necesidades de antivirales para las fases siguientes.	SVyA; GTC
	Participar y estudiar las iniciativas de la Comisión Europea para adquisición de vacunas pandémicas y antivirales	DGSP; AGEMED

Fase 4		
	Actividades	Responsables
Vigilancia	Asegurar que la vigilancia permite caracterizar a todos los casos y brotes existentes.	CCAA; SV
	Asegurar que en todos los niveles se dispone de un Protocolo de actuación con la definición de caso y guías y algoritmos de manejo de las muestras y del circuito de notificación.	DGSP; SV
	Identificación y seguimiento de los contactos de los todos los casos.	CCAA; GTC
	Asegurar que los canales de notificación con organismos internaciones están definidos y coordinados.	CCAA; CNE; GTC
	Revisar y ajustar la definición de caso y manejo de los mismos.	GTC; SV
	Evaluar el impacto de las medidas de contención para reajustar las recomendaciones y compartir los resultados con los organismos internacionales	GTC
	Reforzar la capacidad diagnostica y la coordinación con laboratorios regionales de la OMS.	CNM; SV
Respuesta a la Emergencia	Activar los Planes Autonómicos de Preparación y Respuesta y reforzar la coordinación de los servicios de emergencias y representantes de las instituciones públicas y privadas que jueguen algún papel en la puesta en marcha de los planes.	CCAA; SRESS
	Mantener permanentemente informados a los profesionales sanitarios sobre la situación y actividades en las que estén involucrados	CCAA; SC
	Comprobar que el suministro de los materiales y equipamiento sanitario está disponible en todos los niveles	CCAA; SRESS
	Aplicación y revisión de los protocolos de actuación elaborados por Sanidad Exterior	DGSP (Sanidad Exterior)
Comunicaciones	Informar a las autoridades involucradas en el Plan Nacional de la nueva situación y sus futuras implicaciones.	SC
	Actualizar los materiales de información dirigidos a los medios, publico en general, trabajadores de salud y políticos.	SC
	Revisión y actualización permanente de la web	DGSP

6.5. Periodo de alerta pandémica. Fase 5

En esta fase se detectan mayores agrupaciones de casos, aunque la transmisión persona a persona sigue siendo localizada, lo que sugiere que el virus está aumentando su adaptación a los humanos pero todavía no ha llegado a ser totalmente transmisible (considerable riesgo de pandemia)

Las actividades se centran en maximizar los esfuerzos para contener o retrasar la

difusión, para impedir la pandemia y ganar tiempo para aplicar las medidas de respuesta ante la pandemia. Durante esta fase el riesgo de pandemia es inminente debido a la existencia de transmisión mantenida de persona a persona en alguna parte del mundo. El riesgo de aparición de casos en España será alto.

Objetivos:

- Coordinar la puesta en marcha de todas las medidas para contener o retrasar la extensión de la pandemia en el territorio nacional.
- Comprobar que los planes de respuesta ante la pandemia permiten responder a la demanda de asistencia de la población.
- Prevenir la transmisión nosocomial y mantener la bioseguridad.
- Revisar las reservas de antivirales disponibles
- Revisar los compromisos de adquisición de vacunas
- Intensificar la coordinación internacional y nacional sobre las acciones a tomar y compartir la información más relevante con todos los sectores implicados en los planes de respuesta.

Fase 5		
	Actividades	Responsables
Planificación y Coordinación	Mantener activos a todos los grupos dependientes del CENG	CENG
	Declarar la situación de pandemia inminente	CENG
	Informar de la situación de pandemia inminente a los responsables del Plan de las CCAA y a todos los organismos implicados en la respuesta.	CENG; CSP
	Revisión y actualización de las actividades y del funcionamiento del plan pandémico	CENG
	Reforzar la coordinación internacional y nacional sobre las acciones a tomar	GTC
	Negociar con los productores de vacuna los compromisos de adquisición establecidos	CENG
	Revisión y puesta en marcha de los mecanismos legales necesarios para llevar a cabo las medidas de control	CENG
Antivirales y Vacunas	Revisar las estrategias de utilización de antivirales y vacunas	SVyA
	Planificar la puesta en marcha del programa de control y seguimiento de efectos adversos de los antivirales	SVyA; AGEMED; CCAA
	Revisar las Guías de uso de los antivirales	SVyA
	Planificar la puesta en marcha del programa de control y seguimiento de la seguridad de la vacuna	SVyA; AGEMED; CCAA
	Revisar las necesidades de adquisición de antivirales	SVyA; CSP
Vigilancia	Reforzar las actividades de vigilancia para detectar los casos importados de gripe por el nuevo subtipo de virus, reforzando la vigilancia en personas procedentes de países con zonas de riesgo y garantizar el seguimiento de sus contactos.	CCAA ; CNE ; SV.
	Poner en marcha los programas de vigilancia de cepas resistentes a los antivirales	CNM; CCAA
	Reforzar la capacidad diagnóstica y la coordinación con laboratorios regionales de la OMS.	CNM; SV
	Revisar y actualizar la definición de caso.	SV

Fase 5		
	Actividades	Responsables
	Revisar y actualizar los protocolos de manejo de pacientes y contactos	GTC; SV
	Asegurar que los laboratorios disponen de los recursos necesarios para la detección e identificación de la nueva cepa gripal.	CNM; CCAA
Respuesta a la Emergencia	Activación completa de los planes autonómicos de respuesta	CSP; SRESS
	Garantizar que todos los implicados en la puesta en marcha del Plan conocen el mismo y la situación de pandemia inminente.	CCAA; SC
	Poner en marcha el Plan de respuesta en todos los centros sanitarios	CCAA
	Garantizar que la cadena de distribución de antivirales y vacunas a todos los puntos está preparada.	CCAA; CENG
	Poner en marcha los procedimientos de manejo de cadáveres.	CCAA
	Evaluar el impacto de las medidas de contención para reajustar las recomendaciones y compartir los resultados con los organismos internacionales	GTC
	Activar y revisar todos los protocolos relacionados con mercancías y viajeros procedentes de zonas de riesgo.	DGSP (Sanidad Exterior)
	Revisar las recomendaciones para embajadas y consulados españoles dirigidas a los ciudadanos españoles que residan en zonas afectadas	DGSP (Sanidad Exterior)
Comunicaciones	Reforzar el acceso a la información actualizada a través de la página Web del Ministerio y de otros canales de comunicación	SC
	Reuniones periódicas de actualización con los medios de comunicación.	SC
	Asegurar la oportuna comunicación a los profesionales sanitarios y otros trabajadores implicados	SC

6.6. Periodo de pandemia.

Fase 6

Esta fase se caracteriza por la existencia de una transmisión elevada y sostenida en la población general.

Esta fase se dividirá en:

Fase 6.1: Periodo pandémico declarado por la OMS, aunque España aun no está afectada.

Fase 6.2: Declaración de la pandemia en España

Fase 6.3: Fin de la primera onda en España, y preparación para la segunda onda y posteriores

Fase 6.4: Declaración del fin de la pandemia, comienza el periodo postpandémico

Cada subfase se caracteriza por:

Fase 6.1: Aunque España no está afectada la llegada de la pandemia es inminente en las próximas semanas.

Fase 6.2: El virus está circulando en España y en unas semanas alcanzará el pico máximo de actividad.

El país deberá hacer frente al aumento de la presión asistencial y de otros servicios implicados.

Fase 6.3: El número de casos y la demanda asistencial disminuirá pero el sistema deberá estar preparado para la llegada de una nueva onda de magnitud similar o mayor a la anterior.

Fase 6.4: Se inicia la vuelta al ciclo estacional con el nuevo virus circulando.

Objetivos:

Fase 6.1: Reforzar la capacidad diagnóstica y de vigilancia para detectar casos en España.

Revisar los compromisos de adquisición de vacunas con las compañías implicadas.

Actualizar las reservas de antivirales.

Reforzar las estrategias de comunicación.

Fase 6.2: Mantener el funcionamiento de los servicios de salud y de otros servicios esenciales.

Revisar, con los datos de este momento, las estrategias de vacunación y los planes de distribución y administración de la

vacuna y de fármacos antivirales.

Adaptar el sistema de vigilancia para que facilite información útil para la evaluación de las medidas puestas en marcha

Vigilancia y control de los casos

Informar adecuada y oportunamente a todos los niveles.

Fase 6.3: Revisar todos los aspectos de la respuesta en base a la experiencia de la primera onda.

Continuar con la vigilancia y preparación para la próxima onda.

Detección rápida de la llegada de la segunda onda.

Fase 6.4: Análisis y evaluación de las medidas tomadas y revisión de los planes.

Fase 6.1

Actividades	Intensificar las actividades propuestas en la fase 5
--------------------	--

Fase 6.2

	Actividades	Responsables
Planificación y Coordinación	Declarar la situación de pandemia en España	CENG
	Activación de todos los grupos dependientes del CENG	CENG
	Informar de la situación de pandemia en España a los responsables del Plan de las CCAA y a todos los organismos implicados en la respuesta. Poner en marcha los Planes Autonómicos.	CENG; CSP
	Reforzar la coordinación internacional y nacional sobre las acciones a tomar	GTC
	Negociar con los productores de vacuna los compromisos de entrega de vacuna	CENG; DGSP
Antivirales y Vacunas	Definir y distribuir a todos los niveles las estrategias de vacunación y los grupos prioritarios.	SVyA; SRESS
	Seguimiento de efectos adversos de los antivirales y de resistencias a los mismos.	SVyA; AGEMED; CCAA

Fase 6.2		
	Actividades	Responsables
	Revisión continua de las indicaciones de utilización de de los antivirales y manejo de casos	GTC (grupo específico)
	Evaluación de las coberturas de vacunación y seguimiento de la seguridad de la vacuna	SVyA; AGEMED; CCAA
Vigilancia	Adaptar el sistema de vigilancia para que facilite información útil para la evaluación de las medidas puestas en marcha y de la evolución de la pandemia.	CCAA ; CNE ; SV.
	Mantener los programas de vigilancia de cepas resistentes a los antivirales	CNM; CCAA
	Asegurar que los laboratorios disponen de los recursos necesarios para la detección e identificación de la cepa pandémica.	CNM; CCAA
	Coordinación con la red de vigilancia europea	SV;CNE; CNM
Respuesta a la Emergencia	Mantener el funcionamiento de los servicios de salud y de otros servicios esenciales.	CENG; CCAA
	Poner en marcha los planes de distribución y administración de fármacos antivirales	CCAA
	Garantizar que todos los implicados en la puesta en marcha del Plan conocen la evolución de la pandemia.	CCAA; SC
	Poner en marcha el plan para la administración urgente de vacuna cuando esté disponible.	CCAA
	Garantizar que todo el material necesario para la respuesta a la pandemia estará disponible y distribuido mientras dure la pandemia.	CCAA
Comunicaciones	Reforzar el acceso a la información actualizada a través de la página Web del Ministerio y de otros canales de comunicación	SC
	Reuniones periódicas de actualización con los medios de comunicación y la población.	SC

Fase 6.3		
	Actividades	Responsables
Planificación y Coordinación	Seguimiento de la puesta en marcha del Plan Nacional de Preparación y Respuesta por todos los grupos dependientes del CENG	CENG
	Informar de la evolución de la pandemia en España con los responsables del Plan de las CCAA y a todos los organismos implicados en la respuesta.	CENG; CSP
	Permanente coordinación y seguimiento de la evolución internacional con organismos internacionales y autonómicos sobre la coordinación de las acciones a tomar	GTC
	Negociar con los productores de vacuna la entrega de vacuna	CENG; DGSP
Antivirales y	Garantizar y evaluar el seguimiento de las estrategias de vacunación y revisión de los grupos prioritarios.	SVyA; SRESS

Fase 6.3		
	Actividades	Responsables
Vacunas	Revisión continua de las indicaciones de utilización de los antivirales y manejo de casos	GTC (grupo específico)
	Evaluación y seguimiento de la seguridad de la vacuna	AGEMED; CCAA; GTC
Vigilancia	Evaluar y reorganizar el sistema de vigilancia y la red de laboratorios en base a la experiencia adquirida	CCAA; SV
	Mantener los programas de vigilancia de cepas resistentes a los antivirales	CNM; SV
	Coordinación con la red de vigilancia europea	CNE; CNM; SV
Respuesta a la Emergencia	Mantener el funcionamiento de los servicios de salud y de otros servicios esenciales.	CENG; CCAA
	Mantener los planes de distribución y administración de fármacos antivirales	CCAA
	Garantizar que todos los implicados en la puesta en marcha del Plan conocen la evolución de la pandemia.	CCAA; SC
	Poner en marcha el plan para la administración urgente de vacuna cuando esté disponible.	CCAA
	Evaluar la necesidad de recursos adicionales y garantizar la distribución a todos los niveles.	CCAA
	Identificar las medidas de control y de vigilancia más efectivas para su aplicación en las siguientes ondas.	CENG; GTC
	Actualizar las guía, protocolos y algoritmos	SV; GTC; GCA
Comunicaciones	Evaluar la respuesta de la comunicación en las fases previas y reorganizar en base a la experiencia adquirida.	SC
	Presentación del impacto y de las actuaciones adoptadas a los medios de comunicación e informar sobre las posibles nuevas ondas pandémicas.	SC
Fase 6.4		
Actividades	<p>El CENG declarará el fin de la pandemia.</p> <p>Durante esta fase se evaluará el impacto global de la pandemia y se analizarán las actuaciones llevadas a cabo. Se elaborarán informes y se sacarán conclusiones que servirán para actualizar las actividades a realizar para preparar las próximas amenazas de pandemia de gripe</p>	

7. SIGLAS Y ABREVIATURAS

SIGLAS	
AGEMED	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
CCAA	Comunidades Autónomas
CENG	Comité Ejecutivo Nacional de Gripe
CISA	Centro de Investigación en Sanidad Animal
CNE	Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII)
CNM	Centro Nacional de Microbiología (ISCIII)
CSP	Comisión de Salud Pública
DGSP	Dirección General de Salud Pública (MSC)
GOCE	Grupo Operativo del Comité Ejecutivo
GTC	Grupo Técnico de Coordinación
INIA	Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III (MSC)
MAPA	Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación
MEC	Ministerio de Educación y Ciencia
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
OIE	Organización Internacional de Epizootias
OMS	Organización Mundial de la Salud
OC	Oficina de Comunicación del MSC
SC	Subcomité de Comunicaciones
SGPSyE	Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología
SGSE	Subdirección General de Sanidad Exterior
SRESS	Subcomité de Respuesta a la Emergencia de los Servicios Sanitarios
SV	Subcomité de Vigilancia
SVyA	Subcomité de Vacunas y Antivirales
UE	Unión Europea