



Asamblea General

Distr. general
9 de febrero de 2016
Español
Original: inglés

Septuagésimo período de sesiones

Tema 125 del programa

Salud mundial y política exterior

Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias

Informe del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias

16-01747 (S) 030316 070316



Se ruega reciclar



Índice

	<i>Página</i>
Abreviaturas	4
Prefacio	5
Resumen	7
Recomendaciones	13
I. Introducción	26
A. El brote de ébola en África Occidental de 2014 – una tragedia que podría haberse prevenido	27
B. La carga mundial de las enfermedades transmisibles	31
C. Efectos socioeconómicos más amplios de las crisis sanitarias	33
D. Enfermedades transmisibles – enfermedades de la pobreza	35
E. Un mundo que no está preparado	36
II. Plano nacional	38
A. Aplicación de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional y fortalecimiento de los sistemas de salud	39
B. Formación de un personal sanitario eficaz	44
C. Abordar los problemas de gobernanza	46
D. Fortalecimiento de la implicación de la comunidad	47
E. Capacitación del ejército para participar en misiones sanitarias y humanitarias	49
F. Garantía de la continuidad de los servicios de salud esenciales	49
G. Abordar los aspectos de las crisis sanitarias relacionados con el género	50
III. Planos regional y subregional	51
IV. Plano Internacional	54
A. Fortalecer el mecanismo de examen periódico de la Organización Mundial de la Salud para el cumplimiento de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional	54
B. Fortalecer las capacidades operacionales de la Organización Mundial de la Salud	56
C. Mejorar la coordinación a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas en la respuesta mundial a las crisis sanitarias	63
V. Cuestiones transversales	67
A. El desarrollo y la salud	67
B. Investigación y desarrollo	71
C. Medidas financieras y económicas	78
VI. Actividades de seguimiento y aplicación	85

Anexos:

I. Glosario	88
II. Fechas importantes de la crisis y la respuesta	97
III. Composición del Grupo	100
IV. Reuniones celebradas	102
V. Investigaciones encomendadas	104
VI. Bibliografía condensada	105
VII. Agradecimientos	110

Abreviaturas

Acuerdo sobre los ADPIC	Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio
AOD	asistencia oficial para el desarrollo
CEDEAO	Comunidad Económica de los Estados de África Occidental
CPO	Comité Permanente entre Organismos
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
Fondo Mundial	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
GAVI	Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización
INB	ingreso nacional bruto
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
PIB	producto interno bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SRAS	síndrome respiratorio agudo severo
SROM	síndrome respiratorio del Oriente Medio
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNMEER	Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola
WASH	Agua, Saneamiento e Higiene para Todos

Prefacio

Cuando Emile Ouamouno, un niño guineo de 2 años de edad, contrajo el ébola y murió el 28 de diciembre de 2013, nadie se dio cuenta de que esto desencadenaría una serie de hechos que llevaría a la muerte de más de 11.000 personas, sembraría el miedo en todo el mundo y requeriría la movilización de una respuesta mundial de miles de millones de dólares.

El brote de ébola en África Occidental no es más que una de varias epidemias ocurridas en el siglo XXI. Entre ellas figuran los cuatro grandes brotes de síndrome respiratorio del Oriente Medio (SROM) en la Arabia Saudita y la República de Corea, las pandemias de la gripe H1N1 y de la gripe H5N1, y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). Todos estos constituyen un crudo recordatorio de la amenaza que suponen para la humanidad las nuevas enfermedades transmisibles.

En este contexto, el Secretario General de las Naciones Unidas creó el Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias en abril de 2015, con el fin de proponer recomendaciones que servirían para fortalecer los sistemas nacionales e internacionales para prevenir y responder de manera eficaz a futuras crisis sanitarias, teniendo en cuenta las enseñanzas extraídas de la respuesta al ébola.

La atención del Grupo estuvo centrada en las crisis sanitarias derivadas de los brotes de enfermedades transmisibles nuevas, agudas o que han vuelto a aparecer, y que amenazan con propagarse a nivel internacional. El Grupo, que consideró que su tarea estaba orientada al futuro, propuso medidas fundamentales para prevenir futuras crisis sanitarias y responder mejor a ellas. El informe no debería considerarse una crítica de la respuesta al ébola, ya que hay otros exámenes mejor calificados técnicamente para ocuparse de esta cuestión. No obstante, el Grupo analizó en profundidad esos exámenes y utilizó la respuesta mundial al brote de ébola como punto de partida para sus deliberaciones.

Sobre la base de las amplias consultas celebradas, el Grupo observa que el elevado riesgo de que se produzcan grandes crisis sanitarias suele, por lo general, subestimarse y que la preparación y la capacidad de respuesta del mundo es lamentablemente insuficiente. En el futuro, las epidemias podrían superar con creces la magnitud y la devastación del brote de ébola en África Occidental. Preocupa en grado sumo al Grupo saber que la aparición de un virus de gripe altamente patógeno, que podría causar rápidamente millones de muertes y grandes trastornos sociales, económicos y políticos, no es un escenario poco probable.

Por consiguiente, el Grupo recomienda una serie de medidas para reforzar la estructura sanitaria mundial a fin de abordar mejor la amenaza de las pandemias.

El Grupo está convencido de que no hay nada que pueda sustituir la existencia de un único líder de salud mundial con recursos considerables para determinar y ejecutar las prioridades en materia de salud a nivel de todo el planeta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) debería convertirse en este líder. El Grupo observa que, hasta la fecha, la capacidad de respuesta en casos de emergencia de la OMS ha sido deficiente, y los intentos de reforma de la organización han sido en gran medida infructuosos. Si bien gran parte de la responsabilidad de la aplicación de las reformas recae en la secretaría de la OMS, los Estados miembros de esa Organización le han prestado muy escaso apoyo. En 2011, en un informe presentado

a la Asamblea Mundial de la Salud sobre la financiación de la OMS en el futuro, la Directora General de la Organización afirmó: “la OMS, superada por la cantidad de compromisos contraídos y la excesiva ampliación de su ámbito de actividades, se ve ante la necesidad de emprender una serie de reformas específicas. Sin embargo, las prioridades establecidas en esta esfera no parecen basarse en criterios suficientemente selectivos y carecen de la debida focalización estratégica”. Si la OMS no logra realizar estas reformas, la próxima pandemia de gran envergadura causará miles de muertes que podrían haberse prevenido. Esta puede ser la última oportunidad para asegurar que la OMS está facultada para crear una capacidad eficaz de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia con el liderazgo político necesario. Otro caso de incumplimiento puede requerir el examen de mecanismos de respuesta institucional de las Naciones Unidas.

Con demasiada frecuencia, el pánico mundial ante las epidemias ha sido seguido por la complacencia y la inacción. Por ejemplo, la pandemia de gripe de 2009 dio lugar a un examen similar del nivel mundial de preparación, pero la mayoría de sus recomendaciones no se tuvieron en cuenta. Si se hubieran aplicado, podrían haberse salvado miles de vidas en África Occidental.

Es necesario evitar que se repita esta tragedia; se lo debemos a las víctimas. Para ello, habrá que mantener un seguimiento político sostenido a fin de establecer una estructura sólida para la respuesta a las crisis sanitarias. Por consiguiente, el Grupo propone que se cree un consejo de alto nivel sobre crisis mundiales de salud pública y se organice una cumbre sobre crisis mundiales de salud pública a fin de mantener el impulso y vigilar los progresos realizados en la aplicación de las reformas necesarias.

El Grupo agradece al Secretario General su previsión al tratar de preparar al mundo para las crisis sanitarias, y espera que las recomendaciones que figuran en el informe contribuyan a evitar que en el futuro se pierdan muchas vidas.

(Firmado) Jakaya Mrisho **Kikwete**
República Unida de Tanzania
Presidente

Resumen

El brote de ébola: una llamada de advertencia

El brote de ébola de 2014 fue una tragedia humana que costó miles de vidas, provocó enormes sufrimientos y dejó heridas profundas en las comunidades de Guinea, Liberia y Sierra Leona. Sin embargo, pudo haberse prevenido. Podría haberse hecho mucho más para detener antes su propagación. La crisis debe servir como una llamada de advertencia para impulsar una mayor acción mundial a fin de prevenir futuras crisis sanitarias.

Los múltiples fracasos experimentados durante la respuesta al ébola demostraron que el mundo sigue estando mal preparado para hacer frente a la amenaza que plantean las epidemias. La falta de capacidad básica de vigilancia en África Occidental significó que inicialmente el virus se propagó sin ser detectado durante tres meses. Cuando se reconoció, la magnitud del brote fue subestimada por los expertos y minimizada por las autoridades. A pesar de las numerosas advertencias de grupos como Médicos Sin Fronteras, los Gobiernos de los tres países más afectados y la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostuvieron que el brote se controlaría pronto. No fue sino hasta que 1.600 personas habían sido infectadas y la epidemia se estaba volviendo incontrolable que la OMS declaró el brote de ébola a una emergencia de salud pública de importancia internacional, atrayendo así la atención del mundo.

Cuando se reconoció que la epidemia constituía una amenaza mundial, el mundo movilizó recursos y capacidades sin precedentes, que incluyeron el despliegue de activos militares extranjeros y la decisión del Secretario General de establecer la primera misión de emergencia sanitaria de la historia de las Naciones Unidas. No obstante, la respuesta se vio obstaculizada por la falta de personal capacitado y con experiencia dispuesto a desplegarse a los países afectados, la insuficiencia de recursos financieros, una comprensión limitada de los métodos de respuesta eficaces, la ineficacia de la participación de la comunidad y la mala coordinación. Miles de personas perdieron la vida a raíz de esos retrasos y fracasos.

Más de dos años después de la primera muerte provocada por la epidemia, 11.316 personas han muerto a causa de la enfermedad y se han notificado 28.638 infecciones*. La epidemia también causó unos 2.200 millones de dólares en pérdidas económicas en los países más afectados, invirtiendo los avances hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que tanto había costado alcanzar.

La carga mundial de las enfermedades transmisibles

Durante siglos, el mundo ha sufrido epidemias y brotes, a menudo con consecuencias devastadoras. En 1918, una pandemia de gripe H1N1 causó la muerte de unos 50 millones de personas. Hoy en día, otras enfermedades transmisibles continúan cobrándose la vida de millones de personas. Los recientes brotes de gripe (H1N1 y H5N1), el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) y el síndrome respiratorio del Oriente Medio (SROM) han demostrado que la aparición de agentes

* Datos al 17 de enero de 2016. Consultado en <http://www.who.int/csr/disease/ebola/es/> el 22 de enero de 2016.

patógenos nuevos puede poner a prueba incluso los sistemas de salud de avanzada en los países desarrollados.

A pesar de sus devastadores efectos en África Occidental, el virus del Ébola no es el agente patógeno más virulento conocido por la humanidad. Los modelos matemáticos preparados por la Fundación Bill y Melinda Gates han demostrado que una cepa virulenta de un virus de la gripe que se transmita por el aire podría propagarse a todas las principales capitales mundiales en un plazo de 60 días, y causar la muerte de más de 33 millones de personas en un plazo de 250 días.

A pesar de la significativa amenaza, los esfuerzos mundiales para prepararse para las epidemias han sido lamentablemente insuficientes. El instrumento jurídico mundial negociado para asegurar una alerta y respuesta tempranas a la pandemia, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005), solo ha sido aplicado plenamente por un tercio de sus 196 Estados partes. Del mismo modo, solo una pequeña fracción de la inversión mundial en la investigación y el desarrollo de vacunas, diagnósticos y terapias está dedicada a las nuevas enfermedades transmisibles que afectan principalmente a los países en desarrollo.

Un llamamiento a la acción

En el futuro surgirán amenazas de pandemia, que podrán tener consecuencias devastadoras. Podemos adoptar medidas inmediatas para asegurar que las futuras amenazas estén contenidas y la humanidad esté protegida, o seguiremos siendo vulnerables a la pérdida de millones de vidas y al sufrimiento de devastadoras consecuencias sociales, políticas y económicas.

El Grupo ha formulado 27 recomendaciones para la adopción de medidas en los planos nacional, regional e internacional, muchas de las cuales abarcan diversos niveles de gobernanza y requieren la participación de todos los sectores de la sociedad. Aunque complejas, hay algunas medidas concretas que pueden adoptarse inmediatamente, con la participación conjunta y con renovada urgencia de los asociados de los gobiernos, las instituciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado. Estas medidas prioritarias comenzarán a fomentar la capacidad mundial necesaria para gestionar futuras crisis sanitarias y acelerar la aplicación de las recomendaciones del Grupo.

En primer lugar, la OMS debe establecer un nuevo centro de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia y velar por que el mundo tenga una capacidad permanente para detectar las amenazas de las nuevas enfermedades transmisibles y darles una respuesta inmediata. El centro debe tener una verdadera capacidad de mando y control, así como acceso a recursos humanos y operacionales especializados para ejecutar una respuesta sanitaria; debe también poder visualizar y transmitir datos de vigilancia validados en tiempo real. El centro debería contar con las mejores tecnologías disponibles para garantizar que la comunidad mundial pueda detectar y rastrear toda amenaza incipiente y dar una respuesta eficaz.

En segundo lugar, todos los países deben cumplir plenamente las obligaciones dispuestas en el RSI. En los casos en que carezcan de la capacidad necesaria, debería prestarse apoyo para aplicar urgentemente un conjunto básico de medidas. Esas medidas deberían estar bajo la autoridad directa de los Jefes de Gobierno e incluir el establecimiento de mecanismos de preparación y respuesta para casos de pandemia, con un mando y control claros; la contratación y la capacitación de profesionales de

la salud y trabajadores sanitarios de la comunidad; y el establecimiento de un sistema integral de vigilancia y con un laboratorio nacional.

En tercer lugar, se requiere una financiación suficiente. Hay que prestar asistencia a los países que necesitan apoyo adicional para el cumplimiento de lo dispuesto en el RSI, mientras que la OMS y el nuevo centro de preparación y respuesta en casos de emergencia deben ser dotados de los recursos necesarios para atender a las necesidades mundiales. Además, debería establecerse un fondo para apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas, terapias y diagnósticos respecto de las enfermedades transmisibles desatendidas.

A fin de asegurar que se adopten medidas fundamentales, una recomendación crucial de la labor del Grupo es establecer un consejo de alto nivel sobre crisis mundiales de salud pública en el seno de la Asamblea General para proporcionar liderazgo político sobre la preparación mundial, vigilar la aplicación de las reformas y ayudar a organizar una cumbre sobre crisis mundiales de salud pública, que se celebrará en 2018.

El brote de ébola fue una llamada de advertencia. Los dirigentes mundiales deben actuar ahora para poner en práctica las recomendaciones que figuran en el informe.

Secciones del informe

Plano nacional (recomendaciones 1 a 4)

La comunidad local se encuentra en la primera línea de cualquier brote, y el Estado es el principal responsable de emitir alertas adecuadas y de responder a las crisis, y quien debe rendir cuentas por ello. Es en estos niveles de la estructura sanitaria mundial que se necesita desarrollar capacidades fundacionales para una preparación y respuesta eficaces.

La respuesta al ébola demostró que la falta de un cumplimiento adecuado de las obligaciones nacionales fijadas en el RSI, los sistemas de salud deficientes, los problemas de gobernanza y la falta de participación de las comunidades limitaron la capacidad de las autoridades nacionales de poner coto a la propagación del virus.

Es necesario adoptar las medidas siguientes en el plano nacional: aplicar las capacidades básicas conforme al RSI; constituir un cuerpo eficaz de profesionales sanitarios; encarar los problemas en materia de gobernanza; mejorar la participación de la comunidad; y abordar los aspectos de género de las crisis sanitarias.

Planos regional y subregional (recomendación 5)

Varias organizaciones regionales y subregionales aportaron capacidades innovadoras y experiencia a la respuesta a la crisis del ébola, pero la falta de preparación y de acuerdos anteriores contribuyeron a las demoras en la respuesta y a la existencia de problemas de coordinación.

Las organizaciones regionales deberían desarrollar o reforzar las capacidades permanentes para prestar asistencia en la prevención de las crisis sanitarias y la respuesta a ellas, haciendo especial énfasis en los ámbitos en que pueden ofrecer un importante valor añadido a las respuestas nacionales.

Plano internacional (recomendaciones 6 a 9)

La crisis del ébola también puso de relieve problemas fundamentales en el sistema internacional de respuesta a las crisis sanitarias. En particular, resulta deficiente el mecanismo dirigido a vigilar el cumplimiento de los requisitos de capacidad básica que establece el RSI. La falta de evaluaciones independientes afecta a las medidas internacionales encaminadas a prestar apoyo a los países más vulnerables en la consecución de capacidades de preparación, vigilancia, detección y respuesta. Además, la falta de una capacidad sólida de respuesta de la OMS y de claridad respecto de los arreglos de liderazgo y coordinación entre organismos para las crisis sanitarias demoró una respuesta eficaz. Esta demora llevó al Secretario General a adoptar la decisión sin precedentes de establecer la primera misión de emergencia sanitaria de las Naciones Unidas.

Se necesitan medidas urgentes para subsanar estas deficiencias y mejorar la capacidad mundial de detectar las crisis sanitarias y responder a ellas rápidamente. Estas incluyen el establecimiento de un sistema más sólido de examen periódico del cumplimiento de los requisitos en materia de capacidad básica que establece el RSI, el fortalecimiento de las capacidades operacionales de la OMS y la mejora de los mecanismos de coordinación del Comité Permanente entre Organismos para responder mejor a las crisis sanitarias.

Cuestiones transversales (recomendaciones 10 a 25)*El desarrollo y la salud*

Si bien en cualquier país del mundo pueden surgir nuevos patógenos peligrosos, a raíz de las malas condiciones de vida los países en desarrollo suelen ser especialmente vulnerables a los efectos de los brotes de enfermedades transmisibles. Un saneamiento insuficiente puede acelerar la propagación de la enfermedad, y los sistemas sanitarios deficientes socavan la capacidad de respuesta.

El Grupo insta a todos los Estados Miembros a cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente en el ámbito de la salud. Observa que en el objetivo 3.3 se ha reconocido la amenaza de las crisis sanitarias derivadas de enfermedades transmisibles e insta a los Estados Miembros a que velen por que en el proceso de supervisión y seguimiento de los Objetivos se tenga en cuenta el cumplimiento de los requisitos en materia de capacidad básica que establece el RSI como elemento crucial en la prevención de los brotes de enfermedades transmisibles. El Grupo recomienda también que la OMS colabore estrechamente con los agentes del desarrollo para asegurar la complementariedad entre los programas de desarrollo y las medidas encaminadas a mejorar los sistemas de atención de la salud y la salud pública.

Investigación y desarrollo

Para prevenir los brotes de enfermedades transmisibles y responder a ellos, es esencial disponer de contramedidas médicas eficaces, incluidas vacunas, terapias y diagnósticos. Sin embargo, la inversión en la investigación y el desarrollo médicos para enfermedades que afectan sobre todo a los pobres es enormemente insuficiente. De los 214.000 millones de dólares invertidos a nivel mundial en actividades de investigación y desarrollo en salud en 2010, menos del 2% se asignó a las enfermedades desatendidas. Incluso cuando existen vacunas y terapias, con frecuencia las poblaciones vulnerables no pueden pagarlas o acceder a ellas.

Se necesita una intervención de políticas públicas, incluida una mayor financiación pública, para garantizar que se destinan más recursos a la investigación y el desarrollo sobre enfermedades desatendidas y otros patógenos peligrosos, en particular en los países en desarrollo. Por lo tanto, el Grupo recomienda que la OMS supervise el establecimiento de un fondo para el apoyo a la investigación y el desarrollo de vacunas, terapias y diagnósticos de enfermedades transmisibles desatendidas. Las actividades de investigación y desarrollo deberían realizarse en función de la prioridad que se asigne a los patógenos en una lista elaborada por la OMS. Además, el Grupo señala que deberían adoptarse medidas adicionales para apoyar el acceso a los medicamentos y su asequibilidad.

Medidas financieras y económicas

Se necesitarán más recursos financieros para establecer una estructura sanitaria mundial mejor preparada para responder a crisis sanitarias. El Grupo considera que se necesitarán inversiones en tres ámbitos clave. En primer lugar, será necesario movilizar financiación nacional e internacional en apoyo de la aplicación de las capacidades básicas establecidas en el RSI. Los países menos adelantados y otros países vulnerables deberían recibir asistencia de sus asociados a este respecto. En segundo lugar, para dotar a la OMS de una capacidad eficaz de preparación operacional y de respuesta de emergencia se necesitará aumentar un 10% la financiación prorrateada de la Organización, así como proporcionar suficientes fondos para contingencias relacionadas con emergencias. En tercer lugar, se necesitan al menos 1.000 millones de dólares por año para apoyar el fondo destinado a la investigación y el desarrollo para contramedidas médicas a patógenos que plantean un alto riesgo de crisis sanitarias. Una coordinación más estratégica de los recursos existentes y la aportación de fondos nuevos para apoyar estas prioridades pueden aumentar la eficacia y dar lugar a un mundo más seguro.

El Grupo observa, además, que las restricciones al comercio y los viajes impuestas durante los brotes suelen dar lugar a importantes pérdidas económicas para los países afectados y el mundo. También constituyen un desincentivo a los gobiernos para comunicar a tiempo los brotes, y puede perturbar el esfuerzo de respuesta. En consecuencia, el Grupo recomienda que se establezcan medidas para reducir al mínimo su uso.

Actividades de seguimiento y aplicación (recomendaciones 26 y 27)

La falta de un liderazgo político adecuado en los planos nacional, regional e internacional para la preparación y respuesta ante las crisis sanitarias puede socavar la aplicación de respuestas eficaces y oportunas. A juicio del Grupo, los Jefes de Estado y de Gobierno deben iniciar acciones tempranas y decisivas en relación con las pandemias.

Además, los intentos anteriores de reformar la estructura sanitaria mundial se han estancado o han fracasado debido a la falta de apoyo político.

El Grupo está convencido de que se necesita un mecanismo político de alto nivel para mantener el impulso actual, asegurar la aplicación de reformas cruciales, y apoyar la organización de una cumbre sobre las crisis mundiales de la salud pública. Por consiguiente, el Grupo propone que se cree un consejo de alto nivel sobre crisis mundiales de salud pública.

Conclusión

El Grupo considera que, si se aplican, sus recomendaciones servirán para fortalecer la estructura sanitaria mundial, bajo la dirección de la OMS. Sobre la base de los mecanismos existentes, las recomendaciones del Grupo fortalecerán la capacidad mundial para vigilar los riesgos, detectar los brotes temprano y desplegar rápidamente y con plenos recursos una respuesta efectiva. Además, las propuestas del Grupo de dedicar recursos a la investigación y el desarrollo de patógenos a los que se haya asignado prioridad garantizará una mayor disponibilidad de vacunas y tratamientos esenciales cuando son más necesarios.

Recomendaciones

Plano nacional

Observación: El incumplimiento de los requisitos relativos a la capacidad básica establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) afectó la preparación para la crisis del ébola en África Occidental y la respuesta a ella, e hizo que el mundo fuera vulnerable a los brotes de enfermedades transmisibles.

Recomendación 1

A más tardar en 2020, los Estados partes en el RSI, con la cooperación internacional adecuada, cumplen plenamente los requisitos del RSI en materia de capacidad básica.

En aplicación de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica, los Estados partes, con la supervisión del Jefe de Estado o de Gobierno, deberían:

Preparación y respuesta

- Incorporar la planificación de las respuestas a las crisis sanitarias en los mecanismos y planes nacionales de reducción del riesgo de desastre y preparación y respuesta ante los desastres.
- Obtener la colaboración de todos los interesados para determinar los recursos y la capacidad de respuesta.
- Elaborar planes para hacer frente a las pandemias y llevar a cabo simulacros para todo el personal de respuesta pertinente, incluidas las fuerzas de seguridad.

Vigilancia

- Establecer un mecanismo de vigilancia “salud compartida” para reunir y analizar información sobre salud pública en tiempo casi real, combinando datos de todos los sectores de la sociedad.
- Garantizar la notificación inmediata de todos los eventos de salud inusuales al Director Regional de la OMS y el Programa de la OMS de Gestión de Brotes y Emergencias (Centro de la OMS para la preparación y respuesta frente a emergencias – véase la recomendación 7).

Capacidad de los laboratorios

- Establecer como mínimo un laboratorio nacional de salud pública que esté debidamente equipado para analizar muestras biológicas. O, alternativamente, garantizar el acceso a laboratorios regionales compartidos.
- Desarrollar un sistema nacional para el transporte rápido y seguro de las muestras a laboratorios apropiados, incluso a través de las fronteras.

Recursos humanos

- Definir protocolos para el personal de emergencia y velar por que se disponga de protección, capacitación, equipo, pago y seguridad ocupacional adecuados.

- Constituir un cuerpo de personal de emergencia mediante la capacitación de todos los trabajadores sanitarios de los sectores público y privado en protocolos de emergencia.

Observación: La falta de personal sanitario capacitado es uno de los principales obstáculos para el establecimiento de un sistema de vigilancia y respuesta a los brotes en el nivel de la comunidad que funcione debidamente.

Recomendación 2

Los gobiernos aumentan las inversiones en la capacitación de los profesionales de la salud y establecen sistemas de trabajadores sanitarios de la comunidad que son adecuados a las circunstancias de cada país.

- Los gobiernos nacionales y los asociados financian íntegramente la capacitación de los trabajadores sanitarios de la comunidad.
- Se emplean paquetes de incentivos para ayudar a garantizar que los trabajadores sanitarios sean desplegados estratégicamente en las zonas pobres y apartadas.
- Los trabajadores sanitarios de la comunidad son reconocidos e integrados como una categoría de trabajo con importantes funciones en la prevención, la vigilancia y la respuesta.

Observación: La falta de una comprensión adecuada del contexto cultural y los mensajes mal diseñados socavaron la respuesta a nivel de la comunidad.

Recomendación 3

Los gobiernos y los agentes de respuesta fortalecen y racionalizan su colaboración con las comunidades y promueven la implicación y la confianza de las comunidades locales.

- Las autoridades y los asociados nacionales apoyan el desarrollo y el uso de las capacidades nacionales de investigación en ciencias sociales, así como la creación de una red internacional de científicos sociales capaces de movilizarse en caso de presentarse una crisis.
- Los principios de la participación efectiva de la comunidad se incluyen en todos los programas de capacitación para el personal de respuesta nacional e internacional.
- Las autoridades nacionales y los asociados aprovechan las posibilidades para la cooperación Sur-Sur en este ámbito.
- Las estrategias de comunicación se elaboran teniendo debidamente en cuenta el contexto cultural.

Observación: Las enfermedades transmisibles a menudo afectan desproporcionadamente a las mujeres, en vista de que es más probable que sean ellas las cuidadoras principales en la familia. Es más, las mujeres son especialmente vulnerables a los efectos económicos adversos de los brotes de enfermedades porque es más probable que trabajen en el sector informal. Además, la mujer ha estado subrepresentada en la respuesta nacional e internacional a la crisis del ébola, pese a la gran visibilidad de algunas mujeres que han encabezado las actividades en este ámbito.

Recomendación 4**Las iniciativas de preparación y respuesta a los brotes deberían tener en cuenta y abordar la dimensión de género.**

- Dado que las mujeres suelen actuar como cuidadoras primarias, se debe prestar especial atención a sus necesidades.
- En las iniciativas para hacer frente a las repercusiones de las pandemias en las economías y los medios de subsistencia se debe prestar particular atención a la situación de las mujeres.
- Se debe incluir a las mujeres en todos los niveles de la planificación y las operaciones para asegurar la eficacia y la pertinencia de una respuesta.

Planos regional y subregional

Observación: Si bien el apoyo prestado a las actividades de respuesta al ébola por las organizaciones regionales y subregionales fortaleció en gran medida las capacidades operacionales, la asistencia tardó mucho en llegar y no siempre estuvo bien coordinada.

Recomendación 5**Las organizaciones regionales y subregionales desarrollan o refuerzan las capacidades permanentes para vigilar, prevenir y responder a las crisis sanitarias, con el apoyo de la OMS. Esto incluye:**

- Fortalecer los planes regionales de preparación y para imprevistos para situaciones de crisis sanitarias, así como concertar previamente acuerdos de logística para emergencias y concesión de licencias médicas pertinentes que pueden activarse rápidamente en caso de una crisis sanitaria.
- Administrar y operar las capacidades de respuesta compartidas a nivel regional para la prevención de desastres y la respuesta de emergencia, en particular laboratorios de bioseguridad avanzados.
- Mejorar la capacidad de investigación y la colaboración a nivel regional.
- Mantener una lista de expertos médicos y personal de respuesta para un despliegue rápido a nivel regional.
- Facilitar el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas entre los asociados regionales.
- Mantener, con el apoyo de la OMS, una lista convenida de patógenos que plantean un riesgo de crisis sanitarias en la región.
- Establecer un mecanismo regional de apoyo y actualización del RSI para fortalecer el cumplimiento en la región.
- Facilitar las actividades de simulación a nivel regional y subregional para la respuesta a las crisis sanitarias, especialmente en las zonas fronterizas.

Plano internacional

Observación: Más de tres años después de concluido el plazo inicial para el cumplimiento de los requisitos previstos en el RSI en materia de capacidad básica (y

de la aprobación de dos prórrogas), solo un tercio de los Estados partes en el RSI han informado de que cumplen plenamente estos requisitos.

Recomendación 6

La OMS refuerza su examen periódico del cumplimiento de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica.

- Los Estados partes, en consulta con los agentes no estatales, presentan a la secretaría de la OMS una evaluación escrita anual del estado de aplicación de las capacidades básicas conforme al RSI.
- En forma rotatoria, todos los países son objeto de un examen periódico y todos los Estados partes en el RSI son examinados en un período de cuatro años.
- En el caso de los países examinados, la OMS organiza una evaluación independiente sobre el terreno del cumplimiento de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica y coordina con otros exámenes, cuando los hay.
- Se presentan a la Asamblea Mundial de la Salud (o a un comité creado por la Asamblea) una autoevaluación del país y la evaluación organizada por la OMS para su examen.
- En el examen, se invita a un alto representante del país para que presente observaciones sobre ambos informes. Otros miembros de la Asamblea Mundial de la Salud también tienen la oportunidad de formular observaciones.
- En los tres meses siguientes a la reunión, la secretaría de la OMS elabora un plan de acción con indicación de los costos para cada país sobre la base de las deliberaciones y utilizando la herramienta de cálculo de costos de la OMS.
- Sobre la base del examen, la secretaría de la OMS consolida un informe público sobre la situación mundial de la aplicación de las capacidades básicas del RSI y elabora una estrategia de aplicación indicando las necesidades de asistencia internacional.
- Una vez que el Estado parte ha logrado el pleno cumplimiento de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica, el proceso de examen periódico pasa a ser una evaluación más amplia del sistema de salud del país, sobre la base de las orientaciones que ha de elaborar la OMS. Esta evaluación supone volver a examinar el cumplimiento de las capacidades básicas del RSI.

Observación: La cultura imperante en la OMS es la de una organización técnica que se ocupa de fijar normas. Si bien los conocimientos especializados de la OMS contribuyeron a contener brotes anteriores de ébola, la Organización actualmente carece de la experiencia, capacidad y comprensión necesarios para encabezar respuestas operacionales de gran escala ante brotes. Una demora en la acción temprana por la OMS ante un informe inicial de un brote puede causar la muerte de miles de hombres, mujeres y niños, que podría haberse prevenido.

Recomendación 7

La OMS fortalece de inmediato su liderazgo y establece una capacidad operacional unificada y eficaz.

- Tomando nota de que la OMS estableció el Programa de Gestión de Brotes y Emergencias, pero teniendo en cuenta la necesidad de un mando unificado, el

Grupo propone que ese Programa se convierta en un centro de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia, con autoridad de mando y control.

- El centro es el mecanismo central de mando y control en caso de emergencias sanitarias. Debe contar con personal y fondos suficientes, y con una línea de jerarquía claramente definida dentro de la Organización.
- Se ha establecido una junta consultiva permanente para impartir orientación al centro en sus actividades. La junta consultiva debe incorporar a representantes de los órganos de las Naciones Unidas, los gobiernos nacionales, las ONG y los asociados institucionales para fomentar un enfoque multisectorial.
- Durante una crisis sanitaria, el centro asume la plena autoridad para la respuesta del grupo temático sobre la salud y mantiene una estrecha colaboración con el Gobierno y todos los agentes.
- El centro cuenta con una dependencia de gestión del despliegue de personal, a fin de incluir los programas de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos y del equipo médico extranjero, que coordina el personal sanitario mundial para situaciones de emergencia y, según sea necesario, despliega expertos y equipos médicos extranjeros.
- El centro establece un protocolo transparente para activar una respuesta inmediata a los brotes y exhorta a la acción política cuando se presentan obstáculos que retrasan o impiden la acción internacional.
- El centro dispone también de una plataforma de datos abiertos para reunir, gestionar y analizar datos públicos sobre acontecimientos epidemiológicos en todo el mundo. El centro será responsable de poner estos datos a disposición del público en tiempo real.
- El centro gestiona el fondo de reserva propuesto de la OMS y tiene acceso al servicio de financiación de emergencia para hacer frente a la pandemia.
- El centro colabora estrechamente con el Departamento de Sistemas de Salud e Innovación de la OMS en lo que se refiere a la investigación y el desarrollo en las crisis sanitarias.
- El centro, en colaboración con el Comité Permanente entre Organismos, establece procedimientos operativos estándar para los agentes humanitarios que operan en las crisis sanitarias.

Observación: La gestión eficaz de una crisis sanitaria excede del ámbito de competencia de los ministerios de salud o la OMS por sí solos, y requiere liderazgo político y una respuesta de todo el sistema de las Naciones Unidas. La crisis del ébola en África Occidental demostró una vez más la necesidad de establecer relaciones jerárquicas claras dentro de la OMS y de mejorar la coordinación de toda respuesta que abarque la totalidad del sistema.

Recomendación 8

En caso de que se produzca un brote de categoría 2 o categoría 3 que todavía no esté clasificado como una emergencia humanitaria, se activará una clara línea de mando en todo el sistema de las Naciones Unidas.

- El Director General de la OMS presenta informes al Secretario General de las Naciones Unidas sobre la respuesta.

- El Director Regional de la OMS, responde directamente ante el Director Ejecutivo del centro de la OMS para garantizar la coherencia en todo el sistema.
- El Director Ejecutivo del centro será el Coordinador del Socorro de Emergencia del Secretario General, que se encargará de dirigir una respuesta interinstitucional, de ser necesaria.
- Dado que la OMS es el organismo operacional principal designado para la respuesta a una crisis sanitaria, el Secretario General debería velar por que el sistema de grupos temáticos del CPO esté plenamente operativo para prestar apoyo al Coordinador del Socorro de Emergencia en la dirección de una respuesta interinstitucional, de ser necesaria.
- El ámbito de competencia del CPO, incluido el sistema de grupos temáticos, se examina con el fin de mejorar su solidez, puntualidad, coordinación y capacidad para hacer frente a las crisis sanitarias.

Observación: El brote de ébola puso en evidencia una falta de coherencia en las categorizaciones utilizadas para las crisis sanitarias y humanitarias, lo que llevó a que la respuesta no fuera eficiente.

Recomendación 9

El Secretario General pondrá en marcha la integración de los sistemas de activación en caso de crisis sanitarias y humanitarias.

- Con efecto inmediato, toda crisis sanitaria clasificada en la categoría 2 o en la categoría 3, de conformidad con el marco de respuesta de emergencia de la OMS, pondrá automáticamente en marcha una evaluación multisectorial interinstitucional.

El desarrollo y la salud

Observación: En el objetivo 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se reconoce la amenaza de las crisis sanitarias derivadas de enfermedades transmisibles. Sin embargo, el proceso de supervisión y seguimiento de los Objetivos actualmente no incluye el cumplimiento de los requisitos de capacidad básica que establece el RSI como elemento crucial en la prevención de los brotes de enfermedades transmisibles.

Recomendación 10

La comunidad internacional debe cumplir los compromisos encaminados al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, poniendo un especial hincapié en los relacionados con el sector de la salud.

- La Comisión de Estadística, en sus deliberaciones sobre los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, debería estudiar la posibilidad de medir el cumplimiento de los requisitos de capacidad básica que establece el RSI y fortalecer los sistemas de salud en general como indicadores del proceso de consecución de los objetivos de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Observación: La mayoría de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) al sector de la salud se destina a programas verticales que se centran en distintos indicadores de salud. Si bien este enfoque ha logrado avances significativos hacia el cumplimiento de metas concretas, no ha servido para fortalecer los sistemas integrales de salud. La prestación de una mayor proporción de los fondos directamente a los países, incluso, cuando sea posible, mediante apoyo presupuestario, permitiría a los gobiernos nacionales hacer frente a esas deficiencias.

Recomendación 11

Los asociados mantienen la asistencia oficial para el desarrollo destinada al sector de la salud y asignan un mayor porcentaje al fortalecimiento de los sistemas de salud en el marco de un plan convenido de antemano y dirigido por los gobiernos.

- La AOD está estratégicamente dirigida a un plan quinquenal incremental, sujeto a un presupuesto, de fortalecimiento del sistema de salud.
- Los parámetros para la transparencia y la buena gobernanza en la gestión financiera son claros y coherentes.
- La labor de las ONG se lleva a cabo con el mismo grado de transparencia y buena gobernanza que se espera de los gobiernos nacionales.

Observación: El Grupo observó directamente que el fortalecimiento de los sistemas de salud sería insuficiente sin un apoyo a los programas de desarrollo complementarios centrados en el agua, el saneamiento, la electricidad, la atención sanitaria básica y otras necesidades conexas.

Recomendación 12

La OMS trabaja en estrecha colaboración con los agentes del desarrollo a fin de garantizar que la programación para el desarrollo apoya los sistemas de salud y, de esa manera, contribuye a mejorar el acceso universal y equitativo a una atención de la salud de calidad.

Investigación y desarrollo

Observación: Si bien hay varios patógenos que no se han investigado suficientemente y que constituyen una amenaza para la humanidad, no se sabe cuál es el que provocará el próximo brote y, por lo tanto, el que se debería considerar prioritario para la investigación.

Recomendación 13

La OMS coordina el establecimiento de prioridades de las actividades de investigación y desarrollo a nivel mundial para las enfermedades desatendidas que plantean la mayor amenaza de convertirse en crisis sanitarias.

- La secretaría de la OMS, basándose en los aportes de los grupos consultivos sobre inmunización e investigaciones, crea y mantiene una lista prioritaria de las enfermedades transmisibles que más probablemente provoquen una crisis de salud y a las que, por lo tanto, hay que dar una atención prioritaria en el desarrollo de vacunas, terapias y diagnósticos rápidos. El establecimiento de prioridades debe basarse en criterios claramente definidos.

- La OMS ayuda a detectar las plataformas tecnológicas que tienen la capacidad de acelerar la producción de vacunas y terapias para combatir los brotes de enfermedades provocadas por nuevos patógenos o cepas.

Observación: Incluso cuando existen vacunas y terapias, con frecuencia su alto precio hace que quienes más las necesitan no puedan pagarlas o acceder a ellas. En particular, es necesario garantizar un acceso adecuado a las vacunas para los ciudadanos de los países afectados por un brote de una enfermedad transmisible.

Recomendación 14

Se adoptan medidas urgentes para garantizar el acceso universal a los medicamentos, las vacunas y otros productos esenciales para salvar vidas, así como su asequibilidad.

- Habida cuenta de la brecha entre la necesidad de recuperar las inversiones y la financiación de investigaciones y la necesidad de contar con medicamentos asequibles, se ponen a disposición fondos públicos adicionales para apoyar el acceso universal a los medicamentos, las vacunas y otros productos esenciales para salvar vidas, así como su asequibilidad.
- Redoblar los esfuerzos para garantizar el acceso a los productos médicos, así como su asequibilidad, por intermedio de la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI), el Fondo Mundial y otras iniciativas, como el UNITAID.
- Aumentar el uso de productos genéricos para hacer más asequibles los medicamentos.
- Los países y asociados facilitan el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública. En este contexto, se debería aprovechar de manera sistemática la totalidad de las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC.

Observación: En caso de brote, para preparar contramedidas médicas para un nuevo patógeno es necesario hacer llegar con rapidez muestras a laboratorios de investigación y desarrollo en todo el mundo. Sin embargo, en los últimos años, ha habido una creciente preocupación por la distribución equitativa de los beneficios, incluidas las vacunas o tratamientos, obtenidos a partir de muestras enviadas para fines de investigación y desarrollo. A pesar de la existencia de dos instrumentos que se ocupan del intercambio de biomateriales (el Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica y el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica), sigue habiendo una considerable incertidumbre jurídica sobre las condiciones en que podrían compartirse muestras de futuros nuevos patógenos.

Recomendación 15

La OMS convoca a sus Estados miembros para renegociar el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica con miras a incluir otros patógenos nuevos, convertirlo en un instrumento jurídicamente vinculante y lograr un equilibrio adecuado entre las obligaciones y los beneficios, de conformidad con los principios del Protocolo de Nagoya de 2010 al Convenio sobre la Diversidad Biológica.

Observación: Hay una disparidad considerable entre las capacidades de investigación y desarrollo en las economías desarrolladas y emergentes, y las de los países menos adelantados.

Recomendación 16

La OMS dirige los esfuerzos para ayudar a los países en desarrollo a crear capacidades de investigación y fabricación para vacunas, diagnósticos y terapias, entre otras cosas mediante la cooperación Sur-Sur.

- La OMS y sus asociados aceleran el apoyo técnico y financiero a iniciativas tales como la Red de Fabricantes de Vacunas de los Países en Desarrollo.
- Se realizan esfuerzos para aprovechar los conocimientos especializados disponibles de la cooperación Sur-Sur.
- Se desarrollan y apoyan programas de investigación crítica en biología y ciencias sociales, servicios de veterinaria, ingeniería y esferas conexas.

Financiación

Observación: La financiación constituye un obstáculo crucial para la aplicación de la capacidad básica que establece el RSI. Si bien el Grupo exhorta a todos los países a que asignen una mayor proporción de sus presupuestos nacionales al sector de la salud, en particular creando la capacidad básica que establece el RSI, también reconoce que muchos países, en especial los menos adelantados, también necesitarán para ello una asistencia internacional considerable.

Recomendación 17

La Directora General de la OMS dirige los esfuerzos urgentes, en asociación con el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo, otras organizaciones internacionales, asociados, fundaciones y el sector privado, para movilizar el apoyo financiero y técnico para desarrollar la capacidad básica que establece el RSI.

Observación: En la actualidad, todas las actividades de respuesta a situaciones de emergencia de la OMS dependen de la financiación voluntaria, ya que no hay recursos disponibles de inmediato en forma permanente. El carácter voluntario de la asistencia de emergencia suele hacer que las respuestas se demoren y estén mal coordinadas. Por lo tanto, las actividades básicas de respuesta de emergencia de la OMS deberían financiarse con cargo a cuotas.

Recomendación 18

Los Estados miembros de la OMS aumentan sus cuotas al presupuesto de la OMS en un 10% como mínimo.

Observación: El fortalecimiento de la capacidad de respuesta de emergencia de la OMS requerirá un considerable apoyo financiero adicional.

Recomendación 19

El 10% de todas las contribuciones voluntarias a la OMS, más allá de los gastos de apoyo a los programas, está dirigido obligatoriamente a apoyar el centro de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia.

Observación: La OMS ha establecido recientemente un fondo para contingencias por valor de 100 millones de dólares para cubrir las necesidades inmediatas en casos de emergencia. Dado que una respuesta pronta y robusta tiene la mayor posibilidad de contener un brote, ese monto es insuficiente.

Recomendación 20

Los Estados Miembros financian el Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias de la OMS dotándolo de un mínimo de 300 millones de dólares para fines de 2016.

- El Fondo para Contingencias puede ser usado por miembros del Grupo de acción sanitaria, bajo la coordinación de la OMS.
- A fin de asegurar una financiación previsible, el Fondo para Contingencias es financiado íntegramente por los Estados miembros según la escala de su cuota vigente. Cuenta con el total de los fondos hasta finales de 2016 y se lo repone inmediatamente al agotarse.

Observación: La falta de fondos preVISIBLES y fiables para responder con celeridad a las crisis sanitarias importantes afecta a la capacidad de las autoridades de prevenir la propagación de enfermedades. El mecanismo de financiación de emergencia para casos de pandemia del Banco Mundial podría desempeñar un papel clave en la consecución de esta previsibilidad y puntualidad.

Recomendación 21

El Banco Mundial pone en marcha rápidamente el mecanismo de financiación de emergencia para casos de pandemia.

- Las primas anuales del mecanismo correspondientes a los países menos adelantados son sufragadas con recursos adicionales de los asociados.
- Las autoridades nacionales del país afectado establecen las prioridades para la asignación de fondos del mecanismo de conformidad con los planes de respuesta nacionales y las organizaciones apropiadas prestan apoyo técnico.

Observación: Ha habido pocos incentivos financieros para que la industria desarrolle vacunas para las enfermedades transmisibles que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo.

Recomendación 22

La OMS supervisa el establecimiento y la gestión de un fondo internacional de por lo menos 1.000 millones de dólares por año para apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas, terapias y diagnósticos rápidos para enfermedades transmisibles desatendidas.

- Este fondo tiene por objeto crear una protección frente a futuras crisis sanitarias y debería complementar los mecanismos existentes que apoyan los esfuerzos de investigación y desarrollo para descubrir vacunas, diagnósticos y terapias para las enfermedades transmisibles endémicas existentes como la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA.
- El fondo se utiliza para incentivar los esfuerzos de investigación y desarrollo de vacunas, terapias y diagnósticos rápidos para la lista de patógenos prioritarios seleccionados por los comités consultivos de la Asamblea Mundial de la Salud.
- En función de cada patógeno, se utilizan métodos selectivos para incentivar la investigación y el desarrollo, con el fin de lograr resultados rápidos al menor costo.

Observación: Los cierres unilaterales de las fronteras y las restricciones al comercio y los viajes generaron considerables pérdidas económicas y dificultaron la circulación del personal de respuesta y los suministros a los países afectados por el ébola. La suspensión de los vuelos por varias aerolíneas comerciales hizo necesario utilizar redes logísticas humanitarias especiales.

Recomendación 23

El Comité de Examen del RSI considera la posibilidad de establecer mecanismos para responder rápidamente a las medidas adoptadas unilateralmente por los Estados y otros agentes cuando contravienen las recomendaciones temporales formuladas por la OMS como parte de un anuncio de emergencia de salud pública de importancia internacional.

Observación: Los efectos a nivel nacional de los brotes de enfermedades transmisibles, incluso los locales, se ven amplificados por la reacción internacional. La experiencia reciente ha demostrado que cuando un país se ve afectado por un brote, otros frecuentemente cierran sus fronteras o imponen restricciones a los viajes, en algunos casos en contravención de la orientación proporcionada por la OMS en conformidad con el RSI. Estas restricciones comerciales pueden impugnarse de conformidad con el RSI y los procedimientos de solución de controversias de la Organización Mundial del Comercio (OMC).

Recomendación 24

La OMC y la OMS convocan una comisión conjunta oficiosa de expertos para estudiar las posibles medidas para compatibilizar en mayor medida los marcos jurídicos de la OMC y el RSI en relación con las restricciones comerciales impuestas por razones de salud pública.

Observación: El Grupo recibió expresiones de inquietud acerca de la fragmentación de los esfuerzos internacionales para apoyar los sistemas de salud en los países en desarrollo que conducen a la superposición de actividades y requisitos de presentación de informes, la falta de coordinación y una reducción significativa de

la eficacia de la ayuda. Al mismo tiempo, muchos asociados expresaron preocupación por la insuficiencia de las capacidades de gestión financiera en muchos países en desarrollo.

Recomendación 25

Los países y los asociados adhieren a la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, el Programa de Acción de Accra y el acuerdo de la Alianza de Busan, particularmente en lo que respecta a la coordinación del apoyo, la armonización de los esfuerzos y la rendición de cuentas mutua.

- Todos los agentes internacionales informan sistemáticamente a los gobiernos de sus contribuciones de ayuda a los países y coordinan sus programas con los ministerios competentes.
- En una situación de respuesta de emergencia, el Coordinador del Socorro de Emergencia se encarga de apoyar al Gobierno para asegurar que la asistencia internacional se coordine eficazmente.

Actividades de seguimiento y aplicación

Observación: En 2009, un brote de gripe pandémica H1N1 provocó la muerte de unas 300.000 personas. Tras la respuesta, la OMS convocó un examen del funcionamiento del RSI. En el examen se recomendó que se aplicaran muchas de las mismas reformas recomendadas por el Grupo de Alto Nivel, pero ninguna de ellas se puso en práctica. La falta de un liderazgo político que diera prioridad a la aplicación, sumada a la insuficiencia de recursos, contribuyó a la falta de reformas. Se necesita un mecanismo político de alto nivel para supervisar la aplicación de las reformas recién aprobadas, incluidas las recomendaciones del Grupo.

Recomendación 26

La Asamblea General de las Naciones Unidas crea de inmediato un consejo de alto nivel sobre crisis mundiales de salud pública para garantizar que el mundo esté preparado y sea capaz de responder a las crisis de salud pública.

- El consejo de alto nivel hace una vigilancia de las cuestiones políticas y no relacionadas con la salud vinculadas a los imperativos de prevención y preparación ante una epidemia potencial de proporciones mundiales que podría tener consecuencias sin precedentes en la economía, la circulación de las personas, la estabilidad y la recuperación. Reafirmará la orientación en tiempos de crisis sanitarias e intervendrá en ámbitos que resulten afectados ajenos al ámbito de la salud.
- El consejo de alto nivel supervisa la aplicación de las recomendaciones aprobadas por el Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias en los planos nacional, regional e internacional y presenta informes periódicos a la Asamblea General al respecto.
- El consejo de alto nivel asegura que las recomendaciones aprobadas por el Grupo de Alto Nivel se aplican oportunamente.

- El consejo de alto nivel está integrado por representantes políticos de entre 45 y 50 Estados Miembros, elegidos por la Asamblea General.
- El consejo de alto nivel apoya los preparativos sustantivos de una cumbre sobre las crisis mundiales de salud pública.

Recomendación 27

Se convoca una cumbre sobre las crisis mundiales de salud pública en 2018 para centrarse en la preparación y respuesta ante las crisis sanitarias.

I. Introducción

1. El brote del virus del Ébola que tuvo lugar en África Occidental en 2014 provocó la trágica pérdida de más de 11.000 vidas y causó sufrimientos incommensurables en las comunidades de toda la región.

2. La tragedia fue una llamada de advertencia a la comunidad mundial acerca de la amenaza de las epidemias. Las enfermedades transmisibles han asolado a la humanidad a lo largo de la historia, cobrándose cientos de millones de vidas, y, si bien los adelantos científicos (como los diagnósticos médicos, las terapias y las vacunas) han reducido o erradicado algunas enfermedades, no han podido contener la amenaza que plantean las epidemias de patógenos nuevos o que reaparecen.

3. Muchos patógenos siguen propagándose, y a menudo aparecen otros nuevos. El cambio climático, el crecimiento de la población, la pérdida de la biodiversidad y la globalización del comercio y los viajes hacen que la humanidad sea cada vez más vulnerable a las epidemias. La respuesta a los brotes recientes, incluidos el ébola y el síndrome respiratorio del Oriente Medio (SROM), puso en evidencia que el mundo sigue estando peligrosamente mal preparado para enfrentar la amenaza de las epidemias. La rápida propagación de estas enfermedades puso de relieve la urgente necesidad de fortalecer la estructura sanitaria mundial para hacer frente a futuros brotes.

4. Con ese fin, en abril de 2015 el Secretario General de las Naciones Unidas estableció el Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias, a fin de que propusiera recomendaciones que pudieran reforzar los sistemas nacionales, regionales e internacionales para prevenir futuras emergencias sanitarias y responder mejor a ellas.

5. El Grupo ha centrado su atención en las crisis sanitarias derivadas de los brotes de enfermedades transmisibles nuevas, agudas o que han vuelto a aparecer y que amenazan con propagarse a nivel internacional. Esto no implica restar importancia a las emergencias sanitarias derivadas de enfermedades no transmisibles, que causan la muerte de 38 millones de personas al año. El Grupo reconoce además que muchas enfermedades transmisibles endémicas (entre ellas el cólera, la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA) se cobran millones de vidas cada año, y, por lo tanto, también pueden considerarse grandes crisis sanitarias. No obstante, dado que estas enfermedades ya se han propagado en todo el mundo, la estrategia necesaria para contenerlas difiere significativamente de la que requiere la pronta detección de los brotes de enfermedades nuevas o que han vuelto a aparecer y la respuesta a ellos. El Grupo se centró específicamente en los casos en que los brotes de enfermedades transmisibles habían sido la causa fundamental de una crisis, y no el resultado de una emergencia mayor (por ejemplo, una emergencia humanitaria generada por un conflicto, o un desastre natural). Sin embargo, muchas de las conclusiones del Grupo serán igualmente pertinentes para encarar las crisis sanitarias en el contexto de las emergencias humanitarias más amplias. Del mismo modo, el Grupo tampoco ha examinado explícitamente los actos de bioterrorismo (es decir, la introducción deliberada de agentes de enfermedades transmisibles), aunque muchas de sus recomendaciones ayudarán a contener las consecuencias de actos tales.

6. El Grupo ha analizado la respuesta al brote de ébola, así como los anteriores brotes de enfermedades transmisibles, y ha examinado la amplia gama de medidas y

sistemas necesarios para reforzar la preparación, la vigilancia, la alerta y la respuesta en relación con las crisis sanitarias.

7. Desde mayo de 2015, el Grupo ha celebrado extensas consultas con una amplia diversidad de agentes, incluidos los Jefes de Estado de los países más afectados, representantes de los países que apoyan las actividades de respuesta y otros Estados Miembros, representantes del sistema de las Naciones Unidas, instituciones financieras multilaterales y bancos regionales de desarrollo, organizaciones no gubernamentales (ONG), servicios de salud, instituciones académicas y de investigación, el sector privado y otros expertos. El Grupo también viajó a Guinea, Liberia y Sierra Leona, los tres países más afectados por el brote de ébola, para consultar a más de 100 expertos, incluidos representantes de los gobiernos, el personal de primera línea de respuesta, los dirigentes tradicionales y los miembros de la comunidad local. Además, el Grupo examinó las aportaciones presentadas por escrito por los Estados Miembros que participan en la respuesta, así como numerosos informes, estudios y documentos. El Grupo también celebró varias mesas redondas temáticas y encargó a diversas instituciones académicas y profesionales una serie de estudios de investigación de antecedentes. El Grupo mantuvo además una estrecha comunicación con expertos que estaban llevando a cabo otros exámenes importantes.

8. El impacto de las epidemias en la humanidad es una historia de sufrimiento y de la pérdida de millones de vidas que no se ha contado. El Grupo espera que sus recomendaciones ayuden a fortalecer la estructura sanitaria mundial para responder mejor a los brotes futuros a fin de que nunca vuelvan a ocurrir tragedias como el brote de ébola en África Occidental.

A. El brote de ébola en África Occidental de 2014 – una tragedia que podría haberse prevenido

9. Emile Ouamouno, de Meliandou (Guinea), no tenía más que dos años de edad cuando sufrió una fiebre breve e intensa y falleció el 28 de diciembre de 2013. El virus que causó la muerte de Emile, probablemente transmitido por el contacto con un murciélago de la fruta infectado, se propagó rápidamente y acabó por llevar a la muerte a su hermana, Philomene, su madre embarazada, Sia, y su abuela, Koumba. Cuando Koumba fue a buscar tratamiento en el hospital de la localidad cercana de Guéckédou, los trabajadores de la salud contrajeron la infección y estos, a su vez, la llevaron a otras aldeas sin saberlo.

10. A finales de enero de 2014, las autoridades guineas enviaron a Meliandou un equipo de personal sanitario local para investigar las misteriosas muertes, pero este no pudo diagnosticar la enfermedad. No fue sino a fines de marzo de 2014 que se determinó que se trataba del virus del Ébola y se notificó a la OMS en Ginebra. Para entonces, ya se habían registrado 49 casos y 29 muertes, y la enfermedad se había propagado al Estado vecino de Sierra Leona.

1. El virus del Ébola

11. Desde su descubrimiento en los bosques tropicales del norte de la República Democrática del Congo en 1976, el virus del Ébola ha sembrado el miedo con cada aparición. Profundamente conscientes de la naturaleza altamente contagiosa y poderosa del virus, los investigadores que lo detectaron por primera vez optaron por

contravenir la práctica habitual y lo nombraron no por la aldea donde se descubrió, sino por el cercano río Ébola. Esperaban que esto ayudara a la población de la aldea de Yambuku a evitar el estigma y las represalias.

12. A pesar de la naturaleza virulenta del patógeno y la falta de infraestructura médica y de salud pública en las zonas donde apareció por primera vez, los brotes de ébola anteriores fueron de un alcance comparativamente limitado, y afectaron solo a uno o dos pueblos o aldeas antes de ser contenidos. Entre 1976 y 2012, se produjeron 24 brotes de este tipo en África, principalmente en la República Democrática del Congo, el Gabón, Sudán del Sur y Uganda. Dos de los tres brotes de mayor envergadura ocurrieron en la República Democrática del Congo: el brote inicial en Yambuku causó 318 casos y 280 muertes, mientras que un brote ocurrido en Kikwit en 1995 condujo a 315 casos de infección y 250 muertes. El tercer mayor brote tuvo lugar cerca de la ciudad de Gulu, en el norte de Uganda, en 2000; en este caso, hubo 425 personas infectadas y 224 muertas.

13. En este marco, no es sorprendente que cuando Guinea declaró un nuevo brote de virus del Ébola, el 22 de marzo de 2014, el mundo haya supuesto que este se extinguiría rápidamente, como había ocurrido anteriormente. Sin embargo, esta vez fue diferente.

2. Subestimar el desafío

14. En los países afectados, las autoridades nacionales y locales, atendiendo a motivos políticos, inicialmente restaron importancia a los informes de un brote de ébola. El Grupo también recibió información de que, si bien se había permitido a diversas organizaciones no gubernamentales y al personal de primeros auxilios hacer su trabajo, no siempre se les dio el apoyo que necesitaban.

15. Al mismo tiempo, la OMS y otros organismos no apreciaron debidamente la magnitud de la amenaza y su respuesta inicial fue ampliamente insuficiente. Tras la confirmación del brote de ébola, a lo largo de marzo de 2014 la OMS envió a Guinea a 38 personas. A modo de comparación, en diciembre de 2014 había un total de 338 miembros del personal de la OMS en África Occidental.

16. La OMS tardaría otros cuatro meses y medio en reconocer el brote de ébola como una emergencia de salud pública de importancia internacional. Mientras tanto, el virus siguió propagándose. Entre marzo y junio de 2014, la enfermedad se transmitió a Liberia y Sierra Leona, y el número de casos presuntos y conocidos se triplicó con creces, de 112 a 389.

17. La falta de conciencia, incluso entre los profesionales de la salud, aceleró la transmisión del virus. En consecuencia, los hospitales a menudo se convirtieron en centros de infección. Por otra parte, el insuficiente conocimiento del carácter transmisible de la enfermedad condujo a algunas familias a tratar a sus enfermos en el hogar, con lo que se expusieron a un mayor riesgo de infección. Los esfuerzos por sensibilizar a la población sobre la necesidad de realizar entierros en condiciones seguras a menudo se toparon con resistencia, en vista de que las normas culturales disponen detallados ritos funerarios que incluyen tocar y lavar el cuerpo de la persona fallecida. En un caso, una ceremonia tradicional de sepultura estuvo ligada a más de 365 nuevos casos de ébola.

18. Contener un brote de ébola representa un reto para cualquier sistema de salud. La magnitud del desafío que enfrentaban los tres países de África Occidental se

vuelve aún más evidente si se tiene en cuenta que los Estados Unidos de América y España (dos países cuyos sistemas de salud están entre los más desarrolladas del mundo) no pudieron impedir la transmisión del ébola en sus hospitales.

19. Incluso antes de la llegada del ébola, los tres países más afectados de África Occidental tenían sistemas e infraestructuras de salud sumamente deficientes, y se contaban entre los 15 países del mundo con peor situación de desarrollo humano. En Guinea hay 10 doctores por cada 100.000 personas, en comparación con los Estados Unidos, donde hay 242 doctores por cada 100.000 ciudadanos. En Liberia y Sierra Leona, las cifras son aún peores. En 2012, ninguno de los tres países gastaba más de 13 dólares por persona en salud.

3. Fuera de control

20. En julio y agosto de 2014, el brote de ébola había llegado a las capitales de Guinea, Liberia y Sierra Leona. Las tasas de transmisión se aceleraron y el número total de casos se duplicó cada mes. A finales de junio había 779 casos; a finales de julio, 1.609; y a finales de agosto, 3.707.

21. En las calles de Monrovia y Freetown, y en los centros de tratamiento de las zonas rurales, se desarrollaban escenas trágicas. Hubo personas que murieron frente a las puertas de los centros de tratamiento desbordados. El personal sanitario corría un grave riesgo de infección y, en consecuencia, unos 500 trabajadores del ámbito de la salud fallecieron durante la crisis.

22. Para finales de julio, la situación había llegado al punto de quiebre y los gobiernos locales y la comunidad internacional se habían visto impulsados a adoptar medidas. El 23 de julio, se anunció que el ébola había llegado a Nigeria, y en agosto y octubre, el virus se había propagado al Senegal y Malí, respectivamente.

23. Los días 2 y 5 de agosto de 2014, se realizó la evacuación médica a los Estados Unidos y España de los primeros pacientes procedentes de esos países. La llegada del ébola al mundo desarrollado hizo que los medios de comunicación mundiales prestaran una atención creciente a la enfermedad.

24. El 8 de agosto, cuatro meses y medio después del descubrimiento del brote, la OMS lo declaró una emergencia de salud pública de importancia internacional.

4. Preparar una respuesta

25. La declaración por la OMS de la emergencia de salud pública de importancia internacional llevó a varios asociados a asignar un nivel significativo de asistencia para la respuesta al ébola. El 19 de septiembre, tras la aprobación de las resoluciones de la Asamblea General y el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, el Secretario General estableció la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola (UNMEER).

26. En los meses siguientes, la comunidad internacional movilizó la mayor iniciativa de respuesta a una epidemia de la historia. Los Gobiernos de los tres países afectados, encabezados por sus respectivos Presidentes, establecieron mecanismos de coordinación de crisis y supervisaron la labor de miles de trabajadores nacionales de respuesta, incluidos el personal de apoyo médico, los localizadores de contactos y los encargados de sensibilizar a la comunidad. Numerosos asociados internacionales proporcionaron más de 6.000 millones de

dólares en apoyo financiero, además de material, incluido equipo de protección personal, solución de cloro para desinfección, automóviles, motocicletas, tiendas de campaña y equipo de computación móvil y de comunicaciones. Diversos gobiernos, fundaciones e instituciones del sector privado intensificaron los esfuerzos para desarrollar una vacuna contra el virus del Ébola.

27. Se envió a la región a cientos de trabajadores médicos internacionales. Los Estados Unidos, Francia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte desplegaron capacidades logísticas militares y médicas. Varias ONG encabezaron las actividades de respuesta en la primera línea, mediante el suministro de personal para los centros de tratamiento del ébola, la capacitación y la conducción de equipos de enterramiento en condiciones seguras y de localizadores de contactos, y la sensibilización de comunidades locales. Los esfuerzos de Médicos Sin Frontera y las Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja nacionales merecen una mención especial a este respecto.

28. En los primeros días de la crisis, la insuficiente comprensión del problema, sumada a una coordinación selectiva, significó que las medidas de respuesta no siempre fueron eficaces. Por ejemplo, en los primeros mensajes sobre el ébola la enfermedad fue descrita como una sentencia de muerte, lo que condujo a los presuntos pacientes a ocultarse en lugar de someterse a pruebas.

29. A pesar de estos problemas, la respuesta internacional y los cambios de comportamiento en las comunidades afectadas acabaron por poner coto a lo que podría haber sido una propagación exponencial del virus del Ébola. El número de casos nuevos por semana alcanzó un nivel máximo de alrededor de 900 en septiembre y octubre, y empezó a disminuir a partir de entonces. Para finales de enero de 2015, el número de casos nuevos había disminuido a unos 120 por semana. Tras mantenerse en ese nivel durante tres meses, el promedio se redujo a unos 30 casos por semana en marzo, menos de 10 por semana en junio y menos de 5 por semana en agosto de 2015.

30. Tras varios meses de ensayos clínicos, el 31 de julio de 2015 los investigadores de Guinea informaron que una vacuna experimental contra el ébola había dado resultados positivos. Desde entonces, la vacuna experimental ha comenzado a utilizarse para apoyar las actividades de respuesta.

31. Cuando no hubo infecciones nuevas durante 42 días (el doble del período de incubación), la OMS declaró a los países “libres de la transmisión del ébola”. Liberia fue declarado por primera vez libre de ébola el 9 de mayo de 2015, pero posteriormente volvieron a aparecer en el país dos grupos de casos como resultado de la transmisión por los supervivientes. Liberia fue declarada libre de ébola nuevamente el 14 de enero de 2016. Ese mismo día, Sierra Leona notificó una nueva muerte por ébola, aunque el país había sido declarado libre de ébola el 7 de noviembre de 2015; esto puso de relieve que seguía existiendo el riesgo de reaparición de la enfermedad. En el momento de redactar el presente informe, Guinea había sido declarada libre de la transmisión del ébola el 29 de diciembre de 2015.

32. El brote dio lugar a 28.638 infecciones y se cobró 11.316 vidas¹. Si bien es probable que lo peor del brote haya pasado, el virus continúa suponiendo una amenaza mortal en la región.

5. Repercusiones más amplias

33. El brote de ébola también tuvo repercusiones socioeconómicas más amplias en los sistemas de salud pública, los medios de vida, la educación, el empleo, el comercio y la economía, lo que probablemente se cobre un número mucho mayor de vidas. Se estima que las pérdidas económicas solamente de los tres países ascendieron a 2.200 millones de dólares, o el 16% del producto interno bruto (PIB) combinado.

6. Una tragedia que podría haberse prevenido

34. El brote de ébola en África Occidental fue una tragedia que podría haberse prevenido. Si el brote se hubiese detectado más rápidamente y se hubiesen adoptado medidas internacionales concertadas más velozmente, podría haberse contenido la propagación de la enfermedad y se podría haber salvado miles de vidas. El presente informe está dedicado a quienes hoy deberían estar todavía entre nosotros.

B. La carga mundial de las enfermedades transmisibles

35. Durante siglos, el mundo ha sido objeto de frecuentes brotes de epidemias, a menudo con consecuencias devastadoras. En el siglo XIV, el mayor brote de la peste bubónica redujo en unos 50 millones de personas la población de África, Asia y Europa. En la historia moderna se han registrado docenas de brotes más leves de la peste, muchos de los cuales se cobraron la vida de decenas de miles de personas. Otras enfermedades transmisibles, como la viruela, el cólera, la fiebre tifoidea y el sarampión, causaron la muerte de millones de personas más. Se cree que la viruela, llevada a América por los colonos europeos, mató a millones de indígenas americanos en el siglo XVI. En 1918, una pandemia de gripe H1N1 causó la muerte de unos 50 millones de personas. En el siglo pasado, el número de muertes provocadas por enfermedades transmisibles ha sido similar al de personas que murieron en conflictos y desastres naturales, aun cuando estos últimos dos reciben mucha más atención.

36. Hoy en día, muchas otras enfermedades transmisibles continúan cobrándose la vida de millones de personas. Por ejemplo, la malaria, que es la enfermedad transmitida por vectores con mayor prevalencia en todo el mundo, causa cerca de medio millón de muertes al año. La tuberculosis sigue afectando a millones de personas en los países de ingresos bajos y de ingresos medianos; hubo 9,6 millones de personas infectadas en 2014 y 1,5 millones murieron como consecuencia de la enfermedad. Desde 1965, se han producido siete pandemias de cólera, una enfermedad diarreica bacteriana grave y aguda. Las estimaciones indican que entre 1,4 y 4,3 millones de casos de cólera anualmente contribuyen a unas 143.000 muertes en todo el mundo. Asimismo, el VIH/SIDA sigue afectando la vida de más de 36 millones de personas en todo el mundo.

¹ Datos al 17 de enero de 2016. Consultado en <http://www.who.int/csr/disease/ebola/es/> el 22 de enero de 2016.

37. Por otra parte, las mutaciones genéticas y las influencias humanas en los ecosistemas hacen que cada año aparezcan nuevos patógenos. Según se informa, solo entre 1940 y 2004 han surgido más de 300 enfermedades transmisibles nuevas. Alrededor del 75% de las enfermedades transmisibles nuevas son zoonóticas. Si bien no todas estas enfermedades actualmente resultan nocivas para los seres humanos, una pequeña proporción (incluidos el ántrax y la rabia) puede tener consecuencias devastadoras. La rápida urbanización y la deforestación, así como la interacción entre una infraestructura y saneamiento subdesarrollados y la alta densidad de ganado, generan un entorno de alto riesgo para la transmisión de enfermedades zoonóticas. Los conflictos, los desplazamientos de población y el acceso limitado a los servicios de salud también proporcionan un terreno fértil para una mezcla de enfermedades nuevas y antiguas.

38. Las mutaciones también pueden hacer que las enfermedades existentes pasen a ser resistentes a los tratamientos. Se han producido algunos ejemplos de esas mutaciones en cepas del VIH en África, la tuberculosis en China, la India y la Federación de Rusia, y la malaria en Asia Sudoriental.

39. Las enfermedades nuevas representan una especial amenaza. El coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) causó más de 8.000 casos y 750 muertes (una tasa de letalidad del 9,6%) en varios países en 2003. El virus H1N1, responsable de la pandemia de la gripe de 1918, reapareció en una forma ligeramente diferente en 2009, y provocó graves enfermedades respiratorias. Se calcula que el brote causó la muerte de casi 300.000 personas en todo el mundo en un año. Otra cepa del virus de la gripe, la gripe H5N1 o gripe aviar, causó más de 130 brotes entre 2006 y 2008 solamente en países como China, Egipto, Indonesia, el Pakistán y Viet Nam. Entre 2012 y 2015, el SROM, que, al igual que el SRAS, es causado por un coronavirus, fue responsable de más de 500 muertes. A mediados de 2015, la República de Corea experimentó un gran brote de SROM que infectó a 186 personas y resultó en 36 muertes. Se puso en cuarentena a más de 16.000 personas para impedir la transmisión generalizada de la enfermedad.

40. Las enfermedades transmisibles siempre han representado una amenaza para la humanidad. Sin embargo, la creciente interconexión mediante los viajes, el comercio y el transporte está facilitando su propagación en todo el mundo a un ritmo mayor que nunca. El aumento de los viajes internacionales por motivos de negocios y recreación ha causado el desplazamiento de un número sin precedente de personas y productos, lo que amplía las oportunidades de propagar patógenos a nuevas poblaciones y zonas remotas. Durante la epidemia del SRAS en 2003, una persona infectada que pasó una noche en un hotel internacional de Hong Kong (China) causó la infección de muchos otros huéspedes, quienes luego llevaron el virus a otros tres países en un plazo de 24 horas.

41. A pesar de las devastadoras consecuencias del brote de ébola en 2014, este virus no es el patógeno más virulento conocido por la humanidad. Las tasas de letalidad de brotes de ébola son de entre el 25% y el 90%, con un promedio del 50%. Sin embargo, la lista de patógenos conocidos incluye varios otros, como la peste y la viruela, que se caracterizan por una mayor tasa media de letalidad. Además, el virus del Ébola se transmite únicamente por el contacto con los humores orgánicos de un paciente sintomático². Por lo tanto, es más fácil de contener que una

² En el brote de ébola de 2014 en África Occidental, se ha sospechado de casos particulares de transmisión sexual de la enfermedad por hombres supervivientes, pero todavía no han sido

enfermedad transmitida por el aire, especialmente en situaciones en las que un virus pueden transmitirse antes de que una persona empiece a presentar síntomas. La experiencia con el brote de ébola en África Occidental ha demostrado que, antes de que se adoptaran medidas exitosas, cada caso de ébola causaba en promedio otras dos infecciones. En el caso del SRAS, se calcula que esta cifra es de entre 2 y 5, y para el sarampión, de 12 a 18.

42. Si bien es difícil predecir la fuente y la virulencia del próximo patógeno que surja, existe un riesgo considerable de que el próximo gran brote sea mucho más grave que el de ébola. Lo más preocupante es la posibilidad de que aparezca una cepa virulenta de un patógeno altamente transmisible, como el virus de la gripe, que podría causar millones de muertes. Si se produce una situación tal, sus efectos podrían superar con creces la de la pandemia de la gripe de 1918. Los modelos matemáticos de la propagación de patógenos han demostrado que una enfermedad de estas características podría propagarse a todas las capitales mundiales importantes en 60 días, y causar la muerte de más de 33 millones de personas en un plazo de 250 días.

43. Es totalmente factible que aparezca un patógeno de esta virulencia. Las investigaciones recientes han demostrado que solo se necesitan cinco mutaciones genéticas del virus H5N1 para que este virus altamente patógeno pase a transmitirse por vía aérea. Dos de estas cinco mutaciones genéticas son ahora comunes, y ya se ha observado una tercera.

C. Efectos socioeconómicos más amplios de las crisis sanitarias

44. La repercusión mundial de las crisis sanitarias causadas por epidemias va más allá de la morbilidad y la mortalidad. También tienen importantes consecuencias socioeconómicas que suelen afectar a un número mucho mayor de personas que las enfermedades subyacentes. En el caso del brote del SRAS en 2003, el impacto económico mundial se estimó en 40.000 millones de dólares. Estos efectos socioeconómicos contribuyen a una espiral descendente de vulnerabilidad, a medida que la resiliencia y la capacidad de resistencia se ven erosionadas por la pérdida de ingresos.

45. Los esfuerzos por contener la propagación de una epidemia suelen incluir la imposición de medidas restrictivas, como la cancelación de actos importantes, el cierre de escuelas y mercados, y la imposición unilateral de restricciones de viaje y cuarentenas, lo que puede dar lugar a efectos económicos adversos. Incluso en los casos en que esas medidas no se aplican oficialmente, el miedo y el pánico pueden conducir a la población a evitar los espacios donde hay mucha gente. Se abandonan los mercados y la producción cae drásticamente, con lo que las economías se contraen. Tras el brote de ébola en Guinea, la producción de arroz disminuyó un 20% en 2014 en comparación con 2013, la producción de café se redujo un 50% y la de cacao, un 33%. Cayó el nivel de empleo, tanto asalariado como autónomo. En Sierra Leona, el brote dio lugar a la pérdida de unos 180.000 puestos de trabajo. En

probados. Se necesitan más datos a partir de la observación y la investigación sobre los riesgos de transmisión sexual, en particular sobre la prevalencia del virus en el semen a lo largo del tiempo de forma que sea transmisible y viable. Véase la página de la OMS sobre las preguntas frecuentes sobre la enfermedad por el virus del Ébola en <http://www.who.int/csr/disease/ebola/faq-ebola/es/>. (consultada el 24 de noviembre de 2015).

un informe dado a conocer en julio de 2015 por la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres sobre los efectos del ébola (titulado “Ebola impact revealed”), se observó que, entre los participantes en una evaluación en Liberia, el desempleo había aumentado del 18,8% antes del ébola al 56,2% desde el inicio del brote, lo que había llevado a enormes déficits de ingresos en los hogares, y que varias pequeñas empresas habían colapsado, los mercados habían cerrado, y las actividades agrícolas habían sido abandonadas. Las mujeres se han visto afectadas de manera desproporcionada por estas tendencias, ya que la mayoría de las mujeres empleadas están ocupados en el sector informal, que incluye el pequeño comercio y la preparación de alimentos.

46. El efecto de los brotes de enfermedades transmisibles a nivel nacional se ve amplificado por la reacción internacional. La experiencia reciente ha demostrado que cuando los países se ven afectados por los brotes, caen drásticamente el turismo y el comercio internacional. Otros países cierran sus fronteras o imponen restricciones a los viajes, en algunos casos en contravención de las directrices de la OMS. En Guinea, las exportaciones de pescado se redujeron en un 40%, mientras que las de caucho experimentaron una disminución similar en Liberia. En los tres países afectados por el ébola, los inversores internacionales pospusieron nuevos proyectos o se retiraron por completo. Las aerolíneas suspendieron sus vuelos y los posibles visitantes cambiaron sus planes, con lo que la ocupación hotelera disminuyó drásticamente. Varios países impusieron prohibiciones a la entrada de personas procedentes de las naciones afectadas por el ébola, y unos 70 países impusieron más de 500 medidas diferentes, como las restricciones a los viajeros procedentes de los países afectados, que superaban las medidas recomendadas por la OMS. Esas reacciones confirmaron los temores de los gobiernos de los países más afectados sobre cómo reaccionaría la comunidad internacional una vez que se confirmara el brote y se lo declarara una emergencia de salud pública de importancia internacional. Estos temores contribuyeron a la demora inicial en la notificación del brote.

47. Según una estimación del Banco Mundial de abril de 2015, el total de los costos económicos del brote de ébola en los tres países afectados fue de 2.200 millones de dólares, algo más del 16% de su PIB colectivo.

48. Sin embargo, el efecto económico de las epidemias suele extenderse mucho más allá de los países afectados. Las reacciones internacionales inadecuadas, basadas en la incertidumbre y el temor, significan que incluso los países no afectados por un brote se ven perjudicados. En el caso de brote del SRAS, varios países no afectados en Asia Oriental experimentaron una reducción de entre el 15% y el 35% en las reservas de viajes. Los países de África Occidental que no fueron afectados por el ébola en 2014 registraron disminuciones similares. En Gambia, que nunca ha tenido un caso de enfermedad por el virus del Ébola, se registró un descenso del 65% en el turismo, un sector que representa el 16% de su economía. La pérdida total para la región del África Occidental en general se ha estimado en 1.000 millones de dólares. El brote del SROM en la República de Corea estuvo relacionado con la reducción del gasto de los consumidores y una disminución de entre el 40% y el 60% del número de turistas, lo que llevó al Gobierno a lanzar un plan de estímulo fiscal de 19.000 millones de dólares.

49. Los costos económicos de las epidemias pueden afectar a los niveles generales de pobreza y crear inseguridad alimentaria. Como se ha señalado en una publicación

reciente de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, cada año 150 millones de personas, principalmente en los países de ingresos bajos y los países de ingresos medianos, caen en la pobreza debido a gastos de salud; millones más permanecen en la pobreza porque están demasiado enfermos para trabajar. Los bajos índices de salud están inextricablemente vinculados a la pobreza y el bajo PIB, e imponen una carga a los limitados recursos. En África Occidental, el brote de ébola invirtió los últimos avances en la reducción de la pobreza, y el aumento de los precios de los alimentos básicos, sumada a perturbaciones de los ingresos debido a las pérdidas de empleo, dio lugar a un incremento de la inseguridad alimentaria. En noviembre de 2014, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) estimó que 200.000 personas habían pasado a estar en situación de inseguridad alimentaria a causa del ébola.

50. Los brotes de enfermedades también suelen socavar los progresos en la educación y las perspectivas de desarrollo a largo plazo de una generación de niños. Los prolongados cierres de las escuelas amenazan con tener efectos adversos a largo plazo en los indicadores de desarrollo humano, como la salud, el desarrollo de aptitudes y el crecimiento económico. En los tres países de África Occidental afectados por el ébola, las escuelas permanecieron cerradas durante más de cinco meses, privando de oportunidades educativas a alrededor de 5 millones de niños.

51. Si el brote de ébola resultó devastador para los países afectados de África Occidental, esto proporciona una indicación de los efectos que podría tener un brote de una enfermedad transmisible de alcance más mundial. A modo de comparación, el Banco Mundial estima que una pandemia de gripe grave podría provocar 3 billones de dólares en pérdidas económicas mundiales, lo que equivale al 4,8% del PIB mundial. La mayoría de estas pérdidas no serían causadas directamente por la enfermedad, sino por reacciones de los consumidores, la escasez de mano de obra y múltiples problemas en los sectores económico y financiero.

D. Enfermedades transmisibles – enfermedades de la pobreza

52. Las epidemias de enfermedades transmisibles suponen una amenaza para todos. El SRM y el SRAS han demostrado que ni siquiera los países de ingresos altos son inmunes. Sin embargo, las poblaciones más débiles y vulnerables casi siempre serán las que sufran más y durante más tiempo.

53. La pobreza sigue siendo el obstáculo más importante en los esfuerzos mundiales para prevenir y responder a los brotes de enfermedades transmisibles y las epidemias. Si bien las enfermedades transmisibles pueden surgir en cualquier parte del mundo, es más fácil que los patógenos no se detecten y las enfermedades se propaguen en zonas donde los niveles de desarrollo son bajos y los servicios básicos son deficientes. Las malas condiciones sanitarias e higiénicas, la deficiente infraestructura de saneamiento y la falta de acceso al agua potable facilitan la infección. La malnutrición debilita el sistema inmunitario, y los bajos niveles de educación sanitaria contribuyen a la aparición y propagación de enfermedades. En consecuencia, las poblaciones que viven en estos entornos son más susceptibles a las enfermedades que las personas en lugares más desarrollados, donde las enfermedades están mejor contenidas. Se calcula que la pandemia de gripe H1N1 de 2009 causó la muerte de 12.469 personas en los Estados Unidos, pero el número estimado de muertes que provocó en África y Asia Sudoriental fue 10 veces mayor.

54. Los casi 1.000 millones de personas que viven con menos de 2 dólares al día no solamente corren mayor riesgo de sufrir enfermedades transmisibles, sino que también son más vulnerables a sus repercusiones que las personas de ingresos más altos. Los que corren mayor riesgo son quienes tienen menos medios para hacerle frente. En la mayoría de los países en desarrollo, los sistemas de salud son deficientes. Los hospitales pueden carecer de electricidad o de agua corriente, y a menudo no hay suficientes médicos, enfermeras o parteras. El personal carece de capacitación y equipo esencial, y los medicamentos a menudo no están disponibles o deben ser comprados por los pacientes. Estas deficiencias hacen que la mayoría, en particular las personas que carecen de recursos financieros, no tenga acceso a asistencia sanitaria para enfermedades agudas y de largo plazo.

55. El brote de ébola demostró vívidamente la diferencia entre los efectos de una epidemia en países con sistemas de salud sólidos y aquellos donde estos son débiles. Si bien el ébola causó la muerte de más de 11.000 personas en los tres países más afectados, su importación a los países con mayor capacidad y mejores sistemas de salud pública se detuvo después de muy pocas transmisiones. No obstante, el éxito de la contención de los brotes en Malí, Nigeria y el Senegal muestra que la buena preparación y las respuestas proactivas pueden ayudar a detener las epidemias aun en el contexto de sistemas de salud comparativamente débiles.

E. Un mundo que no está preparado

56. A la luz de la amenaza mundial de epidemias, la comunidad internacional ha realizado importantes esfuerzos para protegerse mejor y reducir su vulnerabilidad. Sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes para hacer frente a las amenazas actuales y futuras.

57. Los esfuerzos por fortalecer la colaboración en la lucha contra las enfermedades transmisibles datan de 1851, cuando se celebró en París la primera Conferencia Sanitaria Internacional para acordar un conjunto de medidas para controlar la transmisión del cólera a través de las fronteras. Las negociaciones con el tiempo se tradujeron en la aprobación de un Reglamento Sanitario Internacional en 1892, conforme con el cual todos los países signatarios debían notificar todo brote de determinadas enfermedades transmisibles importantes (entre ellas la peste, el cólera y la fiebre amarilla), lo que permitiría a otros países adoptar medidas de protección. Al mismo tiempo, el Reglamento exigía que al aplicar medidas de protección, como las cuarentenas, debían evitarse interferencias innecesarias con el comercio y los viajes internacionales. El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) se revisó varias veces, a fin de actualizar la lista de enfermedades de declaración obligatoria, y su nombre en inglés, *International Sanitary Regulations*, se cambió por el de *International Health Regulations (IHR)* en 1969.

58. En la actualidad, el RSI sigue siendo el eje del sistema de la comunidad internacional para hacer frente a las crisis sanitarias derivadas de los brotes de enfermedades transmisibles. Si bien el RSI no es una garantía contra las epidemias y las pandemias, prescribe una estructura e instrumentos para prevenir y responder a los brotes.

59. El RSI actual es el resultado de un importante proceso de revisión que se inició tras el brote de ébola en Kikwit (República Democrática del Congo) en 1995. Acordado en 2005, la versión revisada del RSI contiene cuatro cambios importantes

en comparación con la anterior. En primer lugar, se ha ampliado el alcance del RSI de un conjunto cerrado de enfermedades de declaración obligatoria a un grupo abierto de “eventos” de salud que cumplan al menos dos de los cuatro criterios siguientes: a) una repercusión de salud pública potencialmente grave; b) un carácter inusitado o imprevisto; c) un riesgo significativo de propagación internacional; y d) un riesgo significativo de restricciones internacionales a los viajes o al comercio. En segundo lugar, la atención del RSI ha pasado de la protección de los países no afectados mediante medidas fronterizas a la detección y contención de una enfermedad en su fuente. El RSI prevé una serie de medidas para prestar asistencia a los países afectados, en lugar de centrarse solamente en limitar la transmisión a través de las fronteras. En tercer lugar, el RSI reconoce que los países deben mejorar su capacidad de vigilancia y supervisión eficaces, e incluye una lista de capacidades básicas necesarias que todos los Estados deben aplicar para 2012. En cuarto lugar, facultan al Director General de la OMS para, con el asesoramiento de un Comité de Emergencias, alertar al mundo de un evento de salud de interés mundial mediante la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional.

60. Sin embargo, la falta de rapidez en la detección de los brotes de enfermedades transmisibles, como el ébola, y la respuesta a ellos demuestra que los sistemas existentes aún no proporcionan niveles adecuados de protección y preparación. Son pocos los países que han establecido capacidades básicas de vigilancia y alerta conformes al RSI. Del mismo modo, cuando se declara un brote, muchos países siguen imponiendo restricciones a los viajes y el comercio en contravención del RSI. Esa falta de cumplimiento pone de relieve las dificultades asociadas con los acuerdos internacionales que crean onerosos requisitos de desempeño sin ofrecer incentivos ni financiación para apoyar la aplicación.

61. Los esfuerzos mundiales para proteger contra las amenazas de pandemia también dependen de la elaboración de vacunas y tratamientos médicos para combatir diversos patógenos. Un programa de vacunación patrocinado por la OMS de 14 años de duración resultó en la erradicación de la viruela en 1980, con lo que se aseguró que millones de personas no sucumbieran a uno de los mayores asesinos de la historia. Del mismo modo, el número de casos de poliomielitis se ha reducido en un 99%. Sin embargo, solo una proporción insignificante de la financiación para la investigación y el desarrollo de vacunas y tratamientos médicos se ha dedicado a enfermedades, como el ébola, que afectan principalmente a los países menos adelantados. En consecuencia, al inicio del brote de ébola en 2014, 40 años después de que se descubrió la enfermedad, aún no había vacuna o tratamiento alguno contra el virus.

62. El brote de ébola en África Occidental en 2014 puso de manifiesto importantes deficiencias en los mecanismos existentes para hacer frente a las crisis sanitarias. En sus consultas, el Grupo pudo detectar deficiencias en todos los niveles (de la comunidad local, nacional, regional e internacional) y con respecto a una serie de cuestiones transversales. Las deficiencias más graves se refieren a la falta de capacidades básicas conformes al RSI para la vigilancia de la salud pública y la respuesta; la debilidad general de los sistemas de salud en muchos países; y la insuficiencia de los mecanismos de gobernanza y las capacidades para la preparación, la detección y la respuesta en los planos regional e internacional.

63. Partiendo de la experiencia del brote de ébola y otros brotes de enfermedades transmisibles, en las secciones siguientes se describen las principales deficiencias del sistema actual para hacer frente a la amenaza de las enfermedades transmisibles. Cada sección incluye también recomendaciones pertinentes. En la sección II se tratarán los problemas detectados en los planos local y nacional. En la sección III se analizarán las deficiencias encontradas a nivel regional, y en la sección IV se esbozarán los problemas detectados en el plano internacional. En la sección V se trata una serie de cuestiones transversales. Sin embargo, la solución de estas deficiencias no elimina la necesidad de un liderazgo y una toma de decisiones políticas rápidos y apropiados. La crisis del ébola puso en evidencia la trágica falta de una acción oportuna y responsable por los dirigentes en todos los niveles. En este marco, en la sección VI se reseñan una propuesta de mecanismo político de vigilancia de alto nivel para garantizar la aplicación de las reformas necesarias para crear una estructura sanitaria mundial que pueda responder mejor a las futuras crisis en el ámbito de la salud.

II. Plano nacional

64. Las comunidades locales se encuentran en primera línea en caso de cualquier brote y el Estado es el principal agente responsable de emitir alertas oportunas y adecuadas y de responder a las crisis. Es en estos niveles que se requieren capacidades de prevención y preparación para detectar nuevos brotes y garantizar una respuesta enérgica y coordinada.

65. El establecimiento de sistemas nacionales amplios de alerta temprana y respuesta para hacer frente a las crisis sanitarias es una tarea compleja en la que intervienen múltiples agentes a distintos niveles.

66. Un sistema eficaz de alerta temprana requiere desplegar personal con un mínimo de capacitación básica en todas las comunidades para hacer un seguimiento de los datos de salud pública y notificar al Ministerio de Salud cualquier evento sanitario inusual mediante un sistema nacional de información sanitaria. También se requiere contar con suficiente personal con los conocimientos epidemiológicos necesarios para analizar la información sobre los eventos sanitarios inusuales y luego cotejarla con datos de otras fuentes, incluidos los agentes veterinarios. De considerarse necesario, se deberán desplegar equipos de diagnóstico para investigar los casos inusuales. Estos equipos también deberán tener acceso a laboratorios con capacidad para analizar muestras y proporcionar resultados rápidos. De ser necesario, se deberá informar al Ministerio de Salud y a la Organización Mundial de la Salud de cualquier resultado inusual y deberá activarse un plan nacional de preparación y respuesta ante epidemias previamente definido y bien ensayado. Todo el personal que participe en una respuesta de emergencia debe saber cuáles son las funciones y tareas que ha de cumplir en el marco de una estructura jerárquica clara y previamente definida. Todo plan de respuesta de emergencia también debe prever el posicionamiento previo de suministros médicos.

67. Para contener un brote avanzado de una enfermedad transmisible como el ébola se requiere la rápida detección de todas las personas infectadas y su traslado a centros de tratamiento y aislamiento en los que se hayan establecido estrictas medidas de prevención y control de las infecciones. También se deben determinar todos los contactos de cada paciente infectado y, si no se dispone de vacunas para su

pronta utilización, estos deberán mantenerse bajo un seguimiento regular. En el caso del ébola, se requiere un seguimiento diario de los contactos durante 21 días. Si un paciente fallece, el cadáver debe ser enterrado de forma que no suponga un riesgo de infección. Por otra parte, se debe informar a toda la población sobre los riesgos de infección y las medidas que se pueden tomar para evitar la exposición. La aplicación de estas medidas exige movilizar considerables recursos financieros, materiales y humanos y establecer una estrecha coordinación entre una serie de ministerios gubernamentales, autoridades locales, asociados, organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales y organizaciones del sector privado y la sociedad civil.

68. La creación de un sistema eficaz de alerta temprana y la organización de una respuesta coherente y sólida para hacer frente a un brote de una enfermedad transmisible plantean un desafío en cualquier país del mundo. Esto quedó de manifiesto en la difícil situación por la que atravesó China para hacer frente al brote del síndrome respiratorio agudo severo en 2003 y luego la República de Corea para hacer frente al coronavirus en 2015. La tarea es especialmente difícil para los países menos adelantados, como Guinea, Liberia y Sierra Leona.

69. El Grupo llegó a la conclusión de que, en el plano nacional, las principales medidas necesarias para crear un sistema más eficaz para vigilar, detectar y responder a las crisis sanitarias eran las siguientes: a) aplicar las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y fortalecer los sistemas de salud; b) constituir un cuerpo eficaz de profesionales sanitarios; c) abordar los problemas en materia de gobernanza; d) fortalecer la participación de la comunidad; e) capacitar al ejército para que participe en misiones sanitarias y humanitarias; f) asegurar la continuidad de los servicios de salud esenciales; y g) abordar los aspectos de género de las crisis sanitarias.

A. Aplicación de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional y fortalecimiento de los sistemas de salud

70. El retraso en la respuesta al brote del ébola en África Occidental puso de manifiesto las deficiencias críticas en la preparación, la vigilancia y la respuesta que seguían existiendo en muchos países en desarrollo.

71. El Reglamento Sanitario Internacional, que es el marco jurídico vigente que rige la cooperación internacional en la lucha contra las enfermedades transmisibles, exige que todos sus 196 Estados partes establezcan un conjunto de capacidades básicas para la vigilancia y respuesta a los brotes de nuevos patógenos peligrosos y su notificación a la OMS. Estas capacidades básicas abarcan los ámbitos de la legislación nacional, las políticas y la financiación, la coordinación y las comunicaciones de los coordinadores nacionales, la vigilancia, la capacidad de respuesta, la preparación, la comunicación de los riesgos a nivel nacional, los recursos humanos y los servicios de laboratorio.

72. El brote del ébola puso de manifiesto que seguían existiendo deficiencias importantes en la aplicación de las capacidades básicas del RSI en África Occidental, aunque esta no es la única región que carece de esas capacidades.

73. Hasta la fecha, solo un tercio de los 196 Estados partes en el RSI han informado de que cumplen plenamente los requisitos del RSI en materia de

capacidad básica, a pesar de las dos prórrogas del plazo inicial para la aplicación. Cuando el RSI entró en vigor en 2007, se fijó el plazo inicial de junio de 2012 para que los países cumplieran los requisitos de capacidad básica. En ese momento, solo 42 de los Estados partes, que eran entonces 193, declararon que habían cumplido los requisitos. Por esa razón, se solicitó una prórroga adicional de dos años, hasta 2014, que fue concedida a 118 Estados partes. En la actualidad, 65 Estados partes (el 33%) han indicado que han cumplido las normas mínimas de capacidad básica; 84 (el 43%) han solicitado una prórroga adicional de dos años; y 44 (el 22%) no han informado al respecto a la OMS. En mayo de 2015, la Asamblea Mundial de la Salud concedió una nueva prórroga de dos años a todos los países que la habían solicitado, con lo que el nuevo plazo para el cumplimiento pleno del RSI pasó al 2016.

74. Lograr el cumplimiento de todos los componentes del RSI en materia de capacidad básica y asegurar una cobertura que vaya más allá de la capital del país constituyen un paso fundamental para asegurar una preparación eficaz y la capacidad para responder a las crisis sanitarias. El Grupo insta a todos los países a que otorguen prioridad a la creación de las capacidades necesarias y propone establecer una serie de mecanismos para apoyar a los países en desarrollo en ese empeño. No obstante, el Grupo reconoce que incluso con una considerable asistencia internacional, será difícil que muchos de los 128 países que todavía no han cumplido los requisitos del RSI en materia de capacidad básica logren hacerlo para 2016. El Grupo sugiere que 2020 sería un objetivo más realista y factible, siempre que se establezcan los mecanismos de apoyo necesarios.

Recomendación 1

A más tardar en 2020, los Estados partes en el RSI, con la cooperación internacional adecuada, cumplen plenamente los requisitos del RSI en materia de capacidad básica.

75. Será necesario establecer una estrecha cooperación internacional en el intercambio de los conocimientos y recursos técnicos para alcanzar este objetivo. Muchos países, en particular los países menos adelantados, necesitarán asistencia financiera y técnica. En este contexto, el Grupo recomienda que se establezca un mecanismo de examen periódico del cumplimiento de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica a fin de determinar las deficiencias (véase la recomendación 6), y que se asignen recursos adicionales para subsanar esas deficiencias (véase la recomendación 23).

76. Por otra parte, las autoridades nacionales también deben cumplir sus responsabilidades y comprometerse a poner en práctica una estrategia para la asignación gradual de recursos nacionales a largo plazo a fin de aplicar las capacidades básicas, con el objetivo último de financiar con recursos internos y en su totalidad un sistema de salud pública eficaz con capacidad para la vigilancia efectiva y la detección temprana y respuesta ante los brotes. La financiación nacional fortalecerá la implicación local y garantizará la sostenibilidad a largo plazo. El cumplimiento de los objetivos de Abuja permitirá que parte del gasto público adicional pueda dedicarse a desarrollar las capacidades básicas. En abril de 2001, los Jefes de Estado de los países de la Unión Africana se reunieron en Abuja y se comprometieron a asignar al menos el 15% de sus presupuestos nacionales a la

salud³. Más de una década más tarde, muy pocos países de la Unión Africana han alcanzado el objetivo de Abuja, lo que pone de manifiesto que los gobiernos de muchos países de ingresos bajos y medianos bajos no dan prioridad a los gastos en salud. En 12 países de ingresos bajos, el gasto público en salud es apenas superior a la mitad del objetivo de Abuja (el 8%), lo que equivale a un gasto público medio en salud de 12 dólares per cápita al año, suma demasiado pequeña para proporcionar incluso los servicios más básicos. En 2012, el gasto público en salud en Guinea, Liberia y Sierra Leona fue, respectivamente, de 9, 12 y 13 dólares por persona. Estos niveles están muy por debajo del objetivo establecido por el Grupo de Trabajo de Seguridad Sanitaria Mundial convocado por Chatham House, que recomendó un mínimo de 86 dólares per cápita para el gasto público en salud (en dólares de 2012). Sin embargo, teniendo en cuenta las numerosas necesidades de financiación, el Grupo considera que debería pedirse a los países menos adelantados que destinaran recursos internos adicionales a la aplicación de las capacidades básicas únicamente si sus asociados también proporcionan fondos nuevos y adicionales para ese fin. En este contexto, se deberían elaborar mecanismos de cofinanciación.

77. El Grupo observa además que en muchos países la aplicación de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica se consideraba anteriormente una responsabilidad de las autoridades de salud, y no siempre ha recibido suficiente atención de los Jefes de Estado y de Gobierno. En vista de que las capacidades básicas del RSI cumplen una función clave para fomentar la preparación para hacer frente a una amenaza importante para la salud, su aplicación debería ser supervisada por el Jefe de Estado o de Gobierno.

78. Si bien es importante que se cumplan todos los requisitos del RSI en materia de capacidades básicas, el brote del ébola demostró que, en lo que respecta a la preparación, la vigilancia, los laboratorios y los recursos humanos (personal), se debería prestar especial atención a la aplicación en los siguientes ámbitos.

1. Preparación y respuesta

79. En muchos países, el nivel de preparación para hacer frente a los brotes de enfermedades es sumamente bajo. Entre los problemas figuran la inexistencia de planes nacionales de emergencia y la falta de estructuras de coordinación para casos de emergencia sanitaria y de actividades periódicas para preparar las respuestas a las epidemias. Las existencias de equipo médico e instrumentos de apoyo logístico a menudo son insuficientes. Con frecuencia las listas de personal médico y de respuesta debidamente capacitado que puede ser llamado en caso de emergencia no están actualizadas o son inexistentes.

80. Para mejorar el nivel de preparación, los gobiernos nacionales, bajo la dirección de los Jefes de Estado y de Gobierno, deberían:

- Incorporar la planificación de las respuestas a las crisis sanitarias en los mecanismos y planes nacionales de reducción del riesgo de desastre y preparación y respuesta ante los desastres.
- Obtener la colaboración de todos los interesados para determinar los recursos y la capacidad de respuesta.

³ La Declaración de Abuja, aprobada el 27 de abril de 2001 en la Cumbre Africana sobre el VIH/SIDA, la Tuberculosis y Otras Enfermedades Infecciosas Conexas, celebrada en Abuja.

- Elaborar planes para hacer frente a las pandemias y llevar a cabo simulacros para todos el personal de respuesta pertinente, incluidas las fuerzas de seguridad.

2. Vigilancia

81. Las capacidades de vigilancia y detección de enfermedades son también muy limitadas en varios países. Transcurrieron más de tres meses antes de que se detectara el reciente brote del ébola en África Occidental, mientras que en brotes anteriores tomó en promedio 44 días para identificar el virus. En el caso del reciente brote en África Occidental, algunos especialistas en salud habían sospechado que se trataba de una enfermedad atípica pero no muchos compartieron sus sospechas ya que se pensaba que el ébola no se presentaba en la subregión⁴ y muchos síntomas coincidían con los de otras enfermedades comunes. La demora en la identificación del virus pone de relieve las dificultades que enfrentan muchos de los países menos adelantados que carecen de una masa crítica de conocimientos especializados en enfermedades transmisibles.

82. En África Occidental, la calidad de los sistemas de vigilancia en tiempo real y la gestión de la recopilación de datos epidemiológicos y de la notificación a nivel de toda la población no es homogénea. Los países de la región suelen designar los centros de salud como lugares para el seguimiento de rutina que utilizan el marco integrado de vigilancia y respuesta a las enfermedades de la OMS. El marco centra la vigilancia en un número limitado de enfermedades prioritarias y síndromes para determinar las tendencias a lo largo del tiempo y en diversos lugares. Si bien el marco destaca la integración de los datos, existen también varias redes de vigilancia de carácter más vertical que abarcan todo el continente africano. Entre estas figuran las redes de vigilancia de la poliomielitis, la gripe, la meningitis, el rotavirus y las enfermedades prevenibles mediante vacunas, como el sarampión. Debido a que transmiten la información de forma vertical, la información no se incorpora habitualmente en el marco integrado de vigilancia y respuesta a las enfermedades a nivel nacional o regional. A pesar de la fragmentación causada por esta combinación de la supervisión vertical y la integrada, más de la mitad de los países de África elaboran periódicamente un boletín nacional con información sobre el total general de casos y muertes, que proviene de todos los sistemas de vigilancia. También presentan los resultados de los indicadores de desempeño, como la puntualidad en la presentación de informes. Los boletines proporcionan información actualizada sobre los nuevos eventos sanitarios y los brotes, informes de laboratorio, y el estado actual de las medidas de respuesta, aunque la calidad, integridad y puntualidad de la información suele variar y a menudo puede ser poco fiable. Por ejemplo, se estima que uno de cada cuatro niños en Guinea no tiene un certificado de nacimiento — mecanismo clave para la vigilancia del estado de la salud pública— ya que las autoridades no tienen capacidad suficiente para reunir periódicamente información sobre los nacimientos y las defunciones.

⁴ Sin embargo, al menos un estudio anterior había determinado la presencia de anticuerpos del ébola en algunas poblaciones de los países afectados, aunque esos resultados no eran de dominio público en la región o entre los expertos. Bernice Dahn *et al.*, “Yes, we were warned about Ebola”, *New York Times*, 7 de abril de 2015; puede consultarse en http://www.nytimes.com/2015/04/08/opinion/yes-we-were-warned-about-ebola.html?_r=0. (consultado el 22 de enero de 2016).

83. El Grupo señaló además que era preciso mejorar la relación entre los sistemas de vigilancia de la salud humana y animal, en consonancia con el principio de “salud compartida”, ya que se estimaba que más de la mitad de las enfermedades transmisibles eran de carácter zoonótico.

84. En este contexto, los gobiernos nacionales deben fortalecer sus redes nacionales de vigilancia y colaborar con los asociados para asegurar una mejor integración entre las redes de vigilancia existentes. Habida cuenta de que existen limitaciones de capacidad en numerosos países, los gobiernos nacionales deberían también proporcionar todos los datos relacionados con eventos sanitarios anormales al Director Regional de la OMS y al programa de la OMS para la gestión de brotes y emergencias (centro de la OMS para la preparación y respuesta a emergencias – véase la recomendación 7) que a su vez pueden proporcionar, de ser necesario, el asesoramiento de expertos debidamente cualificados.

85. Para mejorar la eficacia de la supervisión y la vigilancia, los gobiernos nacionales, bajo la dirección de los Jefes de Estado y de Gobierno, deberían:

- Establecer un mecanismo de vigilancia “salud compartida” para reunir y analizar información sobre salud pública en tiempo casi real, combinando datos de todos los sectores de la sociedad.
- Garantizar la notificación inmediata de todos los eventos de salud inusuales al Director Regional de la OMS y el programa de la OMS para la gestión de brotes y emergencias (Centro de la OMS para la preparación y respuesta frente a emergencias – véase la recomendación 7).

3. Capacidad de los laboratorios

86. Si bien la vigilancia inicial puede servir para detectar los eventos sanitarios inusuales, los análisis de laboratorio son necesarios para el diagnóstico definitivo. Sin embargo, en muchos países la capacidad de los laboratorios es sumamente limitada. Durante el reciente brote del ébola, se enviaron las primeras muestras para la confirmación inicial a cuatro laboratorios de nivel de bioseguridad 4 ubicados en Lyon (Francia) y en Hamburgo (Alemania). El diagnóstico de laboratorio del ébola en Guinea se proporcionó únicamente cuando se desplegaron los equipos del Instituto Pasteur de Dakar y el Laboratorio Móvil Europeo a finales de marzo de 2014. El limitado acceso a los servicios de laboratorio y la lentitud para obtener los resultados de los análisis redujeron la eficacia de la respuesta, al hacer difícil el análisis de las cadenas de transmisión y la localización de los contactos. Además, el Grupo tuvo conocimiento de que a menudo la falta de sistemas y protocolos previamente acordados para el transporte de las muestras a los laboratorios, especialmente a través de las fronteras, puede suponer un obstáculo para el análisis rápido de las muestras.

87. A fin de reforzar sus capacidades de laboratorio, los gobiernos nacionales deberían:

- Establecer como mínimo un laboratorio nacional de salud pública que esté debidamente equipado para analizar muestras biológicas. O, alternativamente, garantizar el acceso a laboratorios regionales compartidos.
- Desarrollar un sistema nacional para el transporte rápido y seguro de las muestras a laboratorios apropiados, incluso a través de las fronteras.

4. Recursos humanos

88. Los tres países más afectados por el ébola experimentaron una escasez crítica de trabajadores sanitarios y otro personal cualificado de respuesta a crisis sanitarias (véase también la recomendación 2). Cuando el brote del ébola se intensificó, se trató de emplear rápidamente a personal adicional para apoyar la respuesta, por ejemplo, localizadores de contactos o personal para los equipos de enterramiento en condiciones de seguridad, y capacitarlos para realizar sus respectivas tareas. También se tuvieron que establecer mecanismos de apoyo para el pago del personal adicional.

89. Aunque se logró capacitar al personal de refuerzo y crear las estructuras administrativas para prestarle apoyo en un tiempo récord, esto se hizo a expensas de un valioso tiempo de respuesta. En el futuro, los países deberían determinar con antelación sus capacidades básicas de refuerzo como parte de sus planes nacionales de preparación y asegurarse de que el personal esté capacitado en la prevención y control de las infecciones, así como en las funciones genéricas de la respuesta a los brotes. Las capacidades del sistema privado de atención de la salud deberían tenerse en cuenta en la capacidad de refuerzo para las respuestas nacionales a las emergencias sanitarias.

90. A fin de fortalecer a sus trabajadores sanitarios de emergencia, los gobiernos nacionales, bajo la dirección de los Jefes de Estado y de Gobierno, deberían:

- Definir protocolos para el personal de emergencia y velar por que se disponga de protección, capacitación, equipo, pago y seguridad ocupacional adecuados.
- Constituir un cuerpo de personal de emergencia mediante la capacitación de todos los trabajadores sanitarios de los sectores público y privado en protocolos de emergencia.

B. Formación de un personal sanitario eficaz

91. El Grupo observa que en muchos países en desarrollo la falta de personal sanitario capacitado constituye uno de los principales obstáculos en la aplicación de un sistema eficaz de vigilancia y respuesta a los brotes a nivel comunitario.

92. En 2013, el sistema de atención de la salud pública de Guinea contaba con un médico por cada 10.000 habitantes a nivel nacional. En Liberia y Sierra Leona, la relación médico/habitante era todavía menor, con 0,2 y 0,1 médicos por cada 10.000 personas, respectivamente. Cabe señalar que muchos de esos doctores están concentrados en las capitales y ciudades, por lo que las comunidades más pequeñas y las zonas rurales no tienen un acceso adecuado a los servicios de salud. En los tres países, esa relación está muy por debajo de la norma mínima recomendada por la OMS, de al menos 23 médicos, enfermeras o parteras por cada 10.000 habitantes⁵.

93. Para mejorar la vigilancia y el seguimiento eficaces de nuevos brotes de enfermedades será necesario contar con un personal de salud pública capaz de cumplir esas funciones. A fin de lograr una amplia cobertura geográfica de la red de vigilancia, la vigilancia básica de las enfermedades debe llevarse a cabo a nivel de

⁵ En el *Informe sobre la salud en el mundo 2006* de la OMS se determinó que los países con una densidad de trabajadores sanitarios inferior a 2,28 (\pm 0,26) médicos y enfermeras no habían cumplido el objetivo del 80% de partos atendidos por parteras cualificadas.

la comunidad, en particular en las zonas rurales. En este contexto, el Grupo considera que un mayor despliegue de trabajadores sanitarios de la comunidad puede contribuir considerablemente al fortalecimiento de la vigilancia. Si bien ese tipo de trabajadores no suelen tener cualificaciones médicas formales, estos pueden recibir una capacitación básica sobre vigilancia que les permita detectar eventos sanitarios inusuales en sus comunidades y notificarlos al centro de salud más cercano. Posteriormente, el personal médico cualificado puede investigar los casos notificados. En este contexto, el Grupo apoya decididamente las iniciativas destinadas a ampliar el despliegue de trabajadores sanitarios de la comunidad. Garantizar la cobertura básica de todas las comunidades por trabajadores sanitarios de la comunidad también ayuda a fortalecer el sistema de salud en su conjunto y el cuidado preventivo de la salud, y a avanzar hacia el logro de la cobertura sanitaria universal.

Recomendación 2

Los gobiernos aumentan las inversiones en la capacitación de los profesionales de la salud y establecen sistemas de trabajadores sanitarios de la comunidad que son adecuados a las circunstancias de cada país.

- Los gobiernos nacionales y los asociados financian íntegramente la capacitación de los trabajadores sanitarios de la comunidad.
- Se emplean paquetes de incentivos para ayudar a garantizar que los trabajadores sanitarios sean desplegados estratégicamente en las zonas pobres y apartadas.
- Los trabajadores sanitarios de la comunidad son reconocidos e integrados como una categoría de trabajo con importantes funciones en la prevención, la vigilancia y la respuesta.

94. En última instancia, todo sistema de vigilancia de la salud pública y respuesta depende del sistema de salud general. En África Occidental, el escaso personal médico disponible durante la crisis del ébola tuvo que trabajar con muy poca capacitación en epidemiología de las enfermedades transmisibles y prácticamente sin equipo médico. La labor de prevención y control de las infecciones se vio socavada por la escasez de equipos básicos, como baldes de plástico y desinfectante. En las zonas rurales, era difícil encontrar los medicamentos básicos y estos eran generalmente demasiado costosos e inasequibles para los pacientes. Este problema se vio agravado por los problemas más amplios de infraestructura sanitaria. Por ejemplo, Liberia contaba únicamente con un número reducido de ambulancias y la mayoría de ellas se encontraban en la capital, Monrovia. En los primeros días del brote, numerosos pacientes sintomáticos fueron transportados en taxi o trasladados por familiares, lo que planteaba un riesgo considerable de que se propagara la infección. La falta de instalaciones de laboratorio y aislamiento supuso que a menudo las personas enfermas y las sanas eran internadas en los mismos centros de retención, lo que aumentó todavía más la transmisión de la enfermedad. El carácter precario de la infraestructura pública, en particular en las zonas rurales, también dificultó una respuesta eficaz a nivel nacional. En consecuencia, el Grupo reconoce que para establecer sistemas más sólidos para la prevención y la respuesta a las crisis sanitarias será necesario fortalecer los sistemas de salud generales de los países en desarrollo.

C. Abordar los problemas de gobernanza

95. La crisis del Ébola demostró que, una vez que se detecta un brote, los gobiernos suelen mostrarse reacios a declararlo públicamente. Temerosos de los costos políticos y económicos que puede conllevar una declaración pública de un brote de enfermedad, los gobiernos tienen poderosos motivos para minimizar la amenaza. Algunos representantes de las ONG informaron al Grupo de que, durante los primeros meses del brote del ébola, algunos funcionarios gubernamentales los habían llamado alarmistas, alegando que las ONG estaban exagerando la amenaza con el fin de obtener más fondos de los donantes. En un país, la decisión de notificar únicamente los casos confirmados por análisis de laboratorio, a pesar de los indicios de un número mucho mayor de presuntas infecciones, contribuyó a que se subestimara la propagación de la enfermedad. En cambio, otros países comunicaron tanto los presuntos casos como los casos confirmados. Los esfuerzos por retrasar la notificación y minimizar el alcance de la enfermedad reflejaban la confusión y el temor que a menudo pueden afectar la adopción de decisiones políticas. Además, el Grupo tomó conocimiento de que algunos de los gobiernos de los países afectados habían solicitado inicialmente a la OMS que prestara asistencia sin declarar públicamente una emergencia de salud pública de importancia internacional. En cambio, Nigeria, el Senegal y Malí adoptaron medidas inmediatas para declarar una emergencia y establecer medidas de contención eficaces desde el momento en que se diagnosticó el primer caso. Una acción política enérgica y dinámica que guíe la preparación y la respuesta, aún en los casos en que la capacidad de un sistema de salud es limitada, puede impedir que un brote se propague rápidamente y salvar vidas.

96. Los problemas relacionados con la gobernanza y la coordinación también obstaculizaron algunos aspectos fundamentales de la respuesta al brote del ébola. Las consultas del Grupo con el personal de respuesta nacional e internacional mostraron que, en los primeros días de la crisis, faltó claridad respecto de cuáles eran las entidades en una administración nacional que se encargaban de coordinar la respuesta y cuáles eran las organizaciones que debían asistir a las reuniones pertinentes. En algunos casos aislados, la adopción de decisiones se vio dificultada por rivalidades interinstitucionales y relaciones jerárquicas poco claras entre el Ministerio de Salud, el Coordinador Nacional para el Ébola y las estructuras creadas por los asociados internacionales. En algunos casos, no se recurrió a las estructuras nacionales de respuesta ante desastres ya existentes sino que, en su lugar, se crearon nuevas estructuras. En los tres países afectados, la coordinación general de la respuesta se reasignó por lo menos una vez. Además, tomó varios meses para que las estructuras de coordinación a nivel de la capital fueran replicadas a nivel nacional.

97. Sin embargo, en repetidas ocasiones el Grupo también recibió informes de todos los interesados en el sentido de que la coordinación y la eficacia de la respuesta habían mejorado considerablemente tan pronto se obtuvo un firme compromiso político y el Jefe de Estado de cada país afectado asumió el liderazgo directo.

98. Es necesario garantizar que, de conformidad con las directrices del RSI, una vez que se detecte un brote, este sea notificado rápidamente a la OMS sin ninguna interferencia política. También es fundamental que se establezcan rápidamente estructuras eficaces de gestión de crisis para hacer frente a la crisis. A fin de garantizar una mayor transparencia y hacer más difícil que se oculte la información sobre un brote, el Grupo recomienda que la planificación para las crisis sanitarias y

la vigilancia periódica se lleven a cabo como parte de los mecanismos nacionales de reducción del riesgo de desastres y de preparación y respuesta, con aportes de representantes de diferentes ministerios y ONG.

D. Fortalecimiento de la implicación de la comunidad

99. La implicación de la comunidad es esencial en la respuesta a una crisis sanitaria. El Grupo determinó que en la respuesta inicial al brote del ébola no se había tomado debidamente en cuenta el contexto cultural local en cada uno de los países afectados y que los primeros esfuerzos para sensibilizar a las comunidades habían sido en gran medida ineficaces. Si bien la OMS y otras instituciones que participaron en la respuesta desplegaron científicos sociales y especialistas en implicación de la comunidad desde el comienzo del brote, el hecho de que inicialmente se subestimara la magnitud de la epidemia supuso que los primeros esfuerzos por comprender a las comunidades y colaborar con las poblaciones locales y los dirigentes comunitarios resultaran insuficientes.

100. Además, las actividades de sensibilización de la comunidad con frecuencia fueron unilaterales, transmitiendo mensajes en lugar de reconocer la legitimidad de las preocupaciones de la población local y entablar un diálogo para abordarlas. A menudo, los equipos de respuesta interactuaron con un subgrupo reducido de interlocutores locales, en particular funcionarios de los gobiernos locales, descuidando así la colaboración con todo el espectro de la sociedad local, incluidos los líderes tradicionales, los líderes religiosos, las mujeres, los jóvenes y otros miembros de la comunidad. Estos problemas se vieron agravados por la falta de confianza entre las comunidades locales y el Gobierno central y los extranjeros, lo que a su vez dificultó la ejecución de los programas de modificación del comportamiento ejecutados por representantes gubernamentales o agentes internacionales. Esta situación dio lugar a la aparición de la llamada resistencia de la comunidad, que llevó a algunas comunidades a evitar, ya sea de forma pasiva, activa y, en algunos casos, violenta, cooperar con los trabajadores sanitarios.

101. En un principio, la comunicación pública también fue ineficaz y, en muchos casos, hasta contraproducente. Por ejemplo, al comienzo la comunicación pública procuró generar cambios de comportamiento haciendo hincapié en los elevados índices de mortalidad del ébola y en la inexistencia de una cura. En lugar de alentar a los infectados a presentarse, ese mensaje dio lugar a que muchos presuntos casos evitaran los análisis y a que las familias ocultaran a sus enfermos. Abundaban los rumores y la desinformación sobre los mecanismos de prevención y respuesta, y los mecanismos de comunicación pública tuvieron dificultad para contrarrestarlos con información exacta.

102. A medida que aumentaba rápidamente el número de casos, entre julio y octubre de 2014, el personal de respuesta se centró en los elementos médicos y epidemiológicos del brote más que en el fortalecimiento de la implicación de la comunidad. Algunas organizaciones basadas en la comunidad informaron de que en los primeros días de la respuesta fue difícil encontrar financiación para los proyectos que no entrañaban la construcción de centros de tratamiento. Tampoco se contaba con suficientes investigaciones ni capacidad en materia de ciencias sociales para ayudar a elaborar enfoques de respuesta sensibles, y la poca atención que se

prestó a la vigilancia y evaluación de las iniciativas para fomentar la participación de las comunidades hizo difícil ajustar el curso de acción cuando fue necesario.

103. Al igual que en el caso de los brotes de H1N1 y H5N1, la participación de la comunidad en última instancia marcó la diferencia en los países más afectados. Se informó repetidamente al Grupo que solo empezaron a registrarse progresos cuando se emprendieron esfuerzos para colaborar específicamente con los dirigentes tradicionales y los grupos de la sociedad civil a nivel local como parte de la labor de concienciación de las comunidades. A medida que se fue cobrando mayor conciencia del problema de la resistencia de la comunidad, las organizaciones empezaron a centrar su atención en mejorar su comprensión del contexto cultural de la crisis, llegando a las comunidades, logrando su aceptación e implicación y alentándolas a definir sus prioridades y preocupaciones. La mayor participación de científicos sociales, en particular de antropólogos, expertos regionales y estadísticos, a través de varias redes oficiales y oficiosas, ayudó al personal de respuesta a comprender mejor las prácticas culturales locales y las dinámicas sociales que habían coadyuvado a exacerbar la epidemia. Estas prácticas incluían las prácticas de enterramiento, los elevados niveles de desplazamientos de la población local y la historia de conflictos que ha dado lugar a una profunda desconfianza en los agentes externos, incluida la comunidad internacional y, en algunos casos, los representantes del Gobierno.

104. Los mensajes públicos también mejoraron. Por ejemplo, en lugar de hacer hincapié en la elevada letalidad del ébola, los nuevos mensajes promovían el tratamiento precoz para mejorar las posibilidades de recuperación. No obstante, el gran número de organizaciones que participan en las últimas etapas de las actividades de respuesta hicieron difícil coordinar los mensajes, las técnicas y los enfoques de comunicación pública. Esto, a su vez, dio lugar a una proliferación de mensajes, algunos de los cuales resultaron más eficaces que otros.

105. Por consiguiente, el Grupo considera que los agentes de respuesta nacionales e internacionales deberían elaborar mecanismos para implicar de forma sistemática a las comunidades locales en las medidas de preparación y respuesta frente a las crisis en el futuro.

Recomendación 3

Los gobiernos y los agentes de respuesta fortalecen y racionalizan su colaboración con las comunidades y promueven la implicación y la confianza de las comunidades locales.

- Las autoridades y los asociados nacionales apoyan el desarrollo y el uso de las capacidades nacionales de investigación en ciencias sociales, así como la creación de una red internacional de científicos sociales capaces de movilizarse en caso de presentarse una crisis.
- Los principios de la participación efectiva de la comunidad se incluyen en todos los programas de capacitación para el personal de respuesta nacional e internacional.
- Las autoridades nacionales y los asociados aprovechan las posibilidades para la cooperación Sur-Sur en este ámbito.
- Las estrategias de comunicación se elaboran teniendo debidamente en cuenta el contexto cultural.

E. Capacitación del ejército para participar en misiones sanitarias y humanitarias

106. Como se pudo observar durante la epidemia del Ébola, el ejército y otras fuerzas de seguridad pueden desempeñar un papel importante como último recurso para responder a las crisis sanitarias. Además de los despliegues de un gran contingente de las fuerzas armadas de los Estados Unidos y de grupos más pequeños de fuerzas del Reino Unido y Francia, los ejércitos nacionales también desempeñaron un papel fundamental en la respuesta en Liberia y Sierra Leona. Teniendo en cuenta las dificultades a que se enfrentaban los ministerios nacionales de salud, los gobiernos de los dos países pidieron a sus fuerzas militares que prestaran apoyo al personal de respuesta sanitaria y humanitaria. En Sierra Leona, las fuerzas armadas también ayudaron a dirigir la respuesta a la crisis sanitaria después de que el Ministro de Defensa fuera nombrado Coordinador Nacional de Respuesta al Ébola en agosto de 2014. La experiencia de la participación de los ejércitos en Liberia y Sierra Leona permitió extraer lecciones claras para responder a las crisis sanitarias en el futuro. A fin de aumentar al máximo la eficacia de las fuerzas de seguridad en los despliegues de personal sanitario y humanitario se requiere impartir capacitación, difundir las normas de derechos humanos y realizar ejercicios de simulación periódicos. Además, los agentes tanto militares como civiles deben trabajar juntos para mejorar la comprensión entre militares y civiles y aumentar la preparación.

107. La utilización del ejército y otras fuerzas de seguridad para hacer cumplir las cuarentenas también resultó ser fundamental. La separación de las poblaciones en función a la presunción de la exposición a la enfermedad y la posible enfermedad e infecciosidad es un instrumento importante de salud pública, especialmente en ausencia de vacunas preventivas y terapias médicas. No obstante, esas restricciones de la libertad deben establecerse en un contexto de transparencia y equidad y con mecanismos apropiados de apoyo médico y social. Sin embargo, el Grupo concluyó que, a falta de una capacitación adecuada en derechos humanos, el uso de las respuestas militarizadas durante la crisis del ébola de 2014, incluidas las cuarentenas que el ejército hizo cumplir, no siempre fomentó la confianza y, de hecho, socavó la respuesta en determinados momentos, en particular tras los enfrentamientos relacionados con la cuarentena entre el ejército liberiano y la población civil en la zona de West Point de Monrovia, que dejaron un saldo de un muerto. Por otra parte, el legado del conflicto en los países más afectados ha dejado en las poblaciones temores profundamente arraigados con respecto a las fuerzas de seguridad, lo que socavó su eficacia en algunos casos.

F. Garantía de la continuidad de los servicios de salud esenciales

108. Algunos agentes de respuesta observaron que centrar la atención exclusivamente en la respuesta al ébola había dado lugar a la interrupción de muchos servicios sociales esenciales, incluidas las campañas de vacunación. En Liberia, por ejemplo, las inmunizaciones de rutina contra el sarampión se suspendieron durante el brote del ébola, poniendo la vida de miles de niños en riesgo en caso de producirse un nuevo brote de sarampión. El hecho de que se dedicara la mayor parte de los recursos sanitarios a la lucha contra el ébola también afectó la prestación de otros servicios de salud, en particular los tratamientos contra

la malaria y las enfermedades diarreicas. Un estudio realizado en Guinea determinó que, como resultado de la epidemia de ébola, unos 70.000 casos de malaria en todo el país habían quedado sin tratamiento en 2014. Además, los servicios prenatales y posnatales en gran medida quedaron paralizados, lo que dio lugar a que muchas mujeres embarazadas fueran rechazadas en los centros de atención de la salud. Según algunos informes, es probable que el número de muertes causadas por otros efectos sanitarios del ébola sea mayor que el número de muertes causadas por la propia epidemia. En este contexto, es fundamental garantizar que las poblaciones sigan teniendo acceso a servicios seguros de atención sanitaria básica durante un brote.

G. Abordar los aspectos de las crisis sanitarias relacionados con el género

109. La experiencia, en particular la epidemia de ébola de 2014, ha demostrado una y otra vez que las crisis sanitarias tienen efectos importantes y particulares en función del género que pueden tener afectar en gran medida a la preparación y la respuesta. Es fundamental comprender y prestar atención a los posibles efectos de un brote en relación con el género para responder con eficacia.

110. Durante toda la crisis, las mujeres tuvieron más probabilidades de verse expuestas al virus debido a las prácticas de cuidados y enterramiento, mientras que los hombres se vieron especialmente expuestos al cumplir funciones formales en la respuesta. Además, las mujeres embarazadas que resultan infectadas por el ébola corren un riesgo mucho mayor de morir a causa de la enfermedad, y si sobreviven, casi siempre pierden al nonato. Aunque el personal de respuesta primaria reunió datos sobre el género, la edad y otras características demográficas fundamentales a nivel local, a menudo esta información crítica no se remitió a instancias superiores a nivel nacional o internacional hasta mucho después, o no se remitió. En consecuencia, el personal de respuesta no pudo determinar las pautas de infección ni elaborar estrategias de respuesta. Estas deficiencias ponen nuevamente de relieve la necesidad de elaborar plataformas de tecnología de datos con capacidad para el seguimiento en tiempo real de las estadísticas y los intercambios de información.

111. Las mujeres también tienen más probabilidades de verse afectadas por los efectos socioeconómicos más amplios del ébola. En los países más afectados, era más probable que las mujeres trabajaran en el sector informal, el que se vio considerablemente afectado por el cierre de los mercados y otros espacios públicos. El cierre de las escuelas durante la crisis del ébola de 2014 dejó a las mujeres la responsabilidad adicional del cuidado de los niños. Además, las consecuencias económicas negativas de la crisis pusieron a las mujeres en una situación de mayor riesgo de explotación sexual debido a que sus anteriores estrategias de generación de ingresos quedaron reducidas. Asimismo, como se ha señalado, el hecho de que se destinaran los ya mínimos recursos sanitarios para hacer frente al ébola repercutió en otros servicios de salud para atender otras prioridades sanitarias esenciales, como la atención prenatal y posnatal, la atención del parto y la inmunización infantil.

112. Cualquier respuesta a estos retos durante la crisis de ébola de 2014 se hizo más difícil por la insuficiente representación de las mujeres en todos los niveles de la respuesta a nivel nacional e internacional, que redujo la contribución de las mujeres a la adopción de decisiones. En el plano local, solo un reducido número de mujeres

fueron contratadas como localizadoras de contactos o especialistas en la implicación de la comunidad, y un número aún menor de mujeres participaron en la respuesta a niveles más altos. Los equipos de implicación de la comunidad también interactuaron con las mujeres con menor frecuencia que con los hombres ya que sus principales interlocutores eran los “guardianes” oficiales, tales como los líderes tradicionales y los funcionarios de los gobiernos locales, que por lo general son hombres. La integración de género de los equipos de respuesta a nivel local, incluidos los equipos de localizadores de contactos y agentes de implicación de la comunidad, podría ayudar a garantizar que las mujeres estén mejor informadas y promover su participación.

Recomendación 4

Las iniciativas de preparación y respuesta a los brotes deberían tener en cuenta y abordar la dimensión de género.

- Dado que las mujeres suelen actuar como cuidadoras primarias, se debe prestar especial atención a sus necesidades.
- En las iniciativas para hacer frente a las repercusiones de las pandemias en las economías y los medios de subsistencia se debe prestar particular atención a la situación de las mujeres.
- Se debe incluir a las mujeres en todos los niveles de la planificación y las operaciones para asegurar la eficacia y la pertinencia de una respuesta.

III. Planos regional y subregional

113. Varias organizaciones regionales y subregionales adoptaron medidas para apoyar la respuesta ante el brote del ébola de 2014. En particular, el 19 de agosto de 2014, el Consejo de Paz y Seguridad de la Unión Africana autorizó el despliegue de una misión de asistencia humanitaria militar y civil dirigida por la Unión Africana e integrada por médicos, enfermeros y otro tipo de personal médico y paramédico. Desde diciembre de 2014 hasta mayo de 2015, la misión de Apoyo de la Unión Africana contra el Brote del Ébola en África Occidental prestó apoyo en el despliegue de 720 voluntarios cualificados procedentes de 12 Estados miembros de la Unión Africana. Los médicos y el personal de respuesta que habían trabajado en anteriores brotes de ébola aportaron una experiencia valiosa. La Unión Africana también convocó una serie de reuniones políticas para poner de relieve la necesidad de asistencia, propugnar el levantamiento de las prohibiciones y restricciones de viaje, y pedir a la Comisión de la Unión Africana que estableciera un Centro Africano para el Control y la Prevención de Enfermedades. Además, la Unión Africana organizó una mesa redonda de empresarios africanos con el sector privado, en la que se recaudaron 32 millones de dólares de empresas privadas y del Banco Africano de Desarrollo (BAfD) y colaboró con operadores de telefonía móvil para canalizar las donaciones privadas por SMS. El BAfD también aportó más de 223 millones de dólares hasta diciembre de 2014 para apoyar las operaciones de emergencia en los tres países afectados por el ébola.

114. La Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (CEDEAO) desplegó 115 miembros adicionales del personal médico y personal de respuesta de otro tipo para prestar asistencia a los países afectados. Además, la CEDEAO convocó una cumbre extraordinaria sobre el ébola y creó el Fondo de la CEDEAO

de Solidaridad para el Ébola que recaudó más de 7 millones de dólares en contribuciones. Asimismo, la Organización de la Salud de África Occidental y la Comisión de la CEDEAO capacitaron y sensibilizaron a funcionarios de salud sobre la prevención y el control de infecciones.

115. La Unión del Río Mano organizó reuniones periódicas entre los Jefes de Estado de sus cuatro Estados miembros (Côte d'Ivoire, Guinea, Liberia y Sierra Leona) para examinar la posibilidad de una mayor colaboración en la respuesta al ébola. La Unión del Río Mano también elaboró el marco para el plan regional de recuperación para los tres países afectados, que se presentó en la Conferencia Internacional sobre la Recuperación después del Ébola, celebrada en Nueva York a comienzos de julio de 2015.

116. Aunque el apoyo prestado por las organizaciones regionales y subregionales fortaleció en gran medida su participación y sus capacidades operacionales en el sector de la salud, la asistencia tardó mucho en llegar y no siempre estuvo bien coordinada. En consecuencia, el brote del ébola puso de relieve la necesidad de fortalecer la colaboración a nivel regional en el ámbito de la salud pública. Si bien la responsabilidad primordial de la vigilancia de las enfermedades y la detección de los brotes y la respuesta a ellos recae en los propios países, la cooperación a nivel regional o subregional ofrece un importante valor añadido en varias esferas.

117. La adopción de una perspectiva regional permite realizar un análisis más amplio de la dinámica regional, incluidas las pautas de los desplazamientos de la población, las tendencias en lo que respecta a los focos de enfermedad y las necesidades de respuesta. Esta perspectiva puede ayudar a fundamentar las decisiones para la asignación más eficaz de los activos en los distintos países. Por ejemplo, la creación de la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola como una misión regional permitió la asignación transfronteriza de fondos y activos para la respuesta.

118. La cooperación regional puede ayudar a mantener una vigilancia, un seguimiento de los casos y una localización de contactos mejores a través de las fronteras, asegurando el intercambio periódico de información entre los funcionarios de salud pública a ambos lados de una frontera. El Grupo tuvo conocimiento de que al principio del brote del ébola, el intercambio de información transfronterizo era insuficiente. La cooperación regional también puede reducir el costo de las medidas de vigilancia en las fronteras o reducir la necesidad de adoptar esas medidas mediante el establecimiento de normas y protocolos regionales de vigilancia de las fronteras.

119. Los grupos de países a nivel regional o subregional también pueden compartir activos fundamentales de preparación o respuesta, como laboratorios, actividades de investigación y desarrollo en el ámbito médico, o instalaciones de evacuación médica para el personal de respuesta a las crisis. Habida cuenta de que el elevado costo de esos activos puede hacer difícil mantenerlos en un país, su establecimiento sobre una base de participación en la financiación de los gastos, a nivel regional o subregional, puede hacerlos viables para todos los países participantes.

120. Además, las organizaciones regionales pueden desempeñar un papel importante en la facilitación de conocimientos especializados y herramientas de respuesta que se adapten a las condiciones locales.

121. Las organizaciones regionales también aprovechan esas ventajas en otros contextos. En Asia, la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN) ha desempeñado un papel importante en las respuestas regionales al VIH/SIDA, el SRAS y la gripe H5N1, en particular mediante la negociación conjunta con las empresas farmacéuticas para reducir el precio de los medicamentos para el tratamiento del VIH. En Europa, los esfuerzos se han centrado en el valor de los activos compartidos y la Unión Europea (UE) ha establecido el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades a fin de analizar los datos de vigilancia, proporcionar asesoramiento, capacitación y apoyo en la preparación y para desplegar misiones de expertos sobre el terreno en caso de un brote. Tras el brote del ébola, la Unión Europea y sus Estados miembros también están creando capacidades de respuesta conjunta reuniendo a un grupo de expertos en medicina y logística con experiencia en crisis. En América Latina, la Unión de Naciones Suramericanas y los miembros del Mercado Común del Sur han demostrado el valor de la asistencia técnica y operacional que las organizaciones regionales pueden ofrecer a sus miembros a la hora de abordar las amenazas a la salud pública.

122. En este contexto, el Grupo es de la opinión de que las organizaciones regionales deberían desarrollar o reforzar las capacidades permanentes para prestar asistencia en la prevención y la respuesta a las crisis sanitarias, haciendo especial énfasis en los ámbitos en que pueden ofrecer un importante valor añadido a las respuestas nacionales.

Recomendación 5

Las organizaciones regionales y subregionales desarrollan o refuerzan las capacidades permanentes para vigilar, prevenir y responder a las crisis sanitarias, con el apoyo de la OMS. Esto incluye:

- Fortalecer los planes regionales de preparación y para imprevistos para situaciones de crisis sanitarias, así como concertar previamente acuerdos de logística para emergencias y concesión de licencias médicas pertinentes que pueden activarse rápidamente en caso de una crisis sanitaria.
- Administrar y operar las capacidades de respuesta compartidas a nivel regional para la prevención de desastres y la respuesta de emergencia, en particular laboratorios de bioseguridad avanzados.
- Mejorar la capacidad de investigación y la colaboración a nivel regional.
- Mantener una lista de expertos médicos y personal de respuesta para un despliegue rápido a nivel regional.
- Facilitar el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas entre los asociados regionales.
- Mantener, con el apoyo de la OMS, una lista convenida de patógenos que plantean un riesgo de crisis sanitarias en la región.
- Establecer un mecanismo regional de apoyo y actualización del RSI para fortalecer el cumplimiento en la región.
- Facilitar las actividades de simulación a nivel regional y subregional para la respuesta a las crisis sanitarias, especialmente en las zonas fronterizas.

IV. Plano Internacional

123. El brote del ébola en 2014 puso de relieve las deficiencias críticas que existían en el sistema internacional para determinar y responder ante las crisis sanitarias causadas por enfermedades transmisibles. Hasta la fecha, solo una minoría de países han logrado establecer las capacidades básicas prescritas por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para garantizar el seguimiento y la alerta temprana de nuevos brotes de enfermedades. El mecanismo de examen del RSI y los recursos internacionales para apoyar el establecimiento de las capacidades básicas son insuficientes. Este déficit de capacidad deja al mundo más vulnerable a los brotes. Sin embargo, después de que el brote del ébola se identificó y se hizo público, la respuesta mundial fue demasiado lenta y tropezó con importantes dificultades en lo que respecta a los recursos financieros y humanos y la coordinación.

124. En este contexto, el Grupo observa que es necesario adoptar medidas urgentes a fin de mejorar la capacidad mundial para detectar y responder rápidamente a las crisis sanitarias. Esas medidas incluyen el establecimiento de un nuevo mecanismo de examen para cumplir los requisitos del RSI en materia de capacidad básica, fortalecer la capacidad operacional de la OMS y reforzar la coherencia a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas para responder a las crisis sanitarias.

A. Fortalecer el mecanismo de examen periódico de la Organización Mundial de la Salud para el cumplimiento de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional

125. El Reglamento Sanitario Internacional constituye el marco en el que se definen las capacidades básicas necesarias para la prevención, preparación, vigilancia y detección eficaces de los brotes de enfermedades transmisibles. Si bien existen diversas razones que explican los altos niveles de incumplimiento de esos requisitos entre los Estados partes —incluida la falta de capacidad financiera y técnica y la priorización de otras cuestiones sanitarias— el mecanismo del RSI para vigilar y asegurar el cumplimiento es débil. Estos puntos débiles se hacen evidentes en tres aspectos principales. En primer lugar, la presentación de informes sobre el cumplimiento se basa únicamente en la autoevaluación por los Estados partes y actualmente el RSI no incluye un mecanismo adecuado para examinar los informes sobre el cumplimiento. En segundo lugar, el RSI no prevé la asistencia financiera o apoyo de otro tipo para la aplicación de las capacidades básicas. En tercer lugar, no se prevén sanciones por su incumplimiento.

126. El acuerdo jurídico del RSI se ha visto debilitado aún más por su relativa falta de claridad para muchos funcionarios de salud y desarrollo. En el curso de sus deliberaciones, el Grupo tuvo conocimiento de que varios Jefes de Estado o de Gobierno no estaban enterados de la existencia del RSI ni de las obligaciones que este les imponía. Del mismo modo, los gobiernos nacionales, los asociados e incluso la OMS no siempre han integrado los requisitos del RSI en los programas de salud.

127. En este contexto, cabe destacar que el cumplimiento de las normas de calidad pertinentes en materia de sanidad animal de la Organización Mundial en el ámbito de los servicios veterinarios se supervisa mediante un proceso de evaluaciones externas e independientes. En consecuencia, las normas del examen del

cumplimiento para los servicios veterinarios son mucho más rigurosas que las correspondientes a la salud humana. Esto es inaceptable.

128. En opinión del Grupo, el cumplimiento de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica es demasiado importante para que dependa totalmente de un sistema de presentación de informes por los propios países. Se necesita un proceso de examen más objetivo. Por consiguiente, el Grupo recomienda el establecimiento de un mecanismo de examen periódico del cumplimiento de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica en la Asamblea Mundial de la Salud (o en un comité de la Asamblea especialmente creado con ese fin). En los países objeto de examen, las autoevaluaciones anuales del cumplimiento se complementarían con una evaluación organizada por la secretaría de la OMS. Ambos informes de evaluación se examinarían luego en la Asamblea Mundial de la Salud (o en el Comité designado), en que otros Estados partes tendrían la oportunidad de formular observaciones. Este proceso se traduciría en un plan de acción con indicación de los costos para abordar las deficiencias que se hubieran determinado en el cumplimiento.

129. El mecanismo de examen no debería tener como objetivo imponer sanciones sino promover el conocimiento de los requisitos y lograr su cumplimiento. Habida cuenta de que los países más pobres del mundo son los más vulnerables a un brote de enfermedad, el desarrollo de capacidades de vigilancia eficaz en esos países es una prioridad especial. Sin embargo, el Grupo considera que no es razonable exigir a países con recursos sumamente limitados que apliquen sistemas de vigilancia y detección temprana rigurosos y costosos sin asistencia financiera y técnica, y que los esfuerzos realizados anteriormente en ese sentido no han tenido buenos resultados.

130. A fin de mejorar los incentivos para la participación de todos los Estados partes en el examen periódico, los exámenes deberían vincularse a garantías de asistencia financiera y técnica para abordar las deficiencias determinadas en el plan de acción con indicación de su costo, cuando sea necesario (véase la recomendación 23).

131. Un esfuerzo concertado de los gobiernos nacionales y sus asociados para fortalecer las capacidades básicas del RSI, con asistencia proporcionada mediante un proceso de examen, podría contribuir a alcanzar el pleno cumplimiento de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica para 2020.

132. Existe una estrecha relación entre el cumplimiento de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica y la mejora de los sistemas de salud en general. El Grupo recomienda que, una vez que un país haya alcanzado las capacidades básicas del RSI, el proceso de examen debería ampliar su enfoque, con la orientación de la OMS, a fin de mejorar la funcionalidad de los sistemas de salud en su conjunto.

Recomendación 6

La OMS refuerza su examen periódico del cumplimiento de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica.

- Los Estados partes, en consulta con los agentes no estatales, presenta a la secretaría de la OMS una evaluación escrita anual del estado de aplicación de las capacidades básicas.

- En forma rotatoria, todos los países son objeto de un examen periódico y todos los Estados partes en el RSI son examinados en un período de cuatro años.
- En el caso de los países examinados, la OMS organiza una evaluación independiente sobre el terreno del cumplimiento de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica y coordina con otros exámenes, cuando los hay.
- Se presentan a la Asamblea Mundial de la Salud (o a un comité creado por la Asamblea) una autoevaluación del país y la evaluación organizada por la OMS para su examen.
- En el examen, se invita a un alto representante del país para que presente observaciones sobre ambos informes. Otros miembros de la Asamblea Mundial de la Salud también tienen la oportunidad de formular observaciones.
- En los tres meses siguientes a la reunión, la secretaría de la OMS elabora un plan de acción con indicación de los costos para cada país sobre la base de las deliberaciones y utilizando la herramienta de cálculo de costos de la OMS.
- Sobre la base del examen, la secretaría de la OMS consolida un informe público sobre la situación mundial de la aplicación de las capacidades básicas del RSI y elabora una estrategia de aplicación indicando las necesidades de asistencia internacional.
- Una vez que el Estado parte ha logrado el pleno cumplimiento de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica, el proceso de examen periódico pasa a ser una evaluación más amplia del sistema de salud del país, sobre la base de las orientaciones que ha de elaborar la OMS. Esta evaluación supone volver a examinar el cumplimiento de las capacidades básicas del RSI.

B. Fortalecer las capacidades operacionales de la Organización Mundial de la Salud

133. Las investigaciones del Grupo de Expertos, así como las del Grupo de Evaluación Provisional del Ébola y otras iniciativas de examen, han determinado que hubo una demora considerable en la respuesta al brote del ébola, así como en el anuncio de la emergencia de salud pública de importancia internacional. En un principio, la OMS no reconoció la magnitud del brote y los riesgos que planteaba en cuanto a su mayor propagación. A pesar de las múltiples alertas, incluso de Médicos Sin Fronteras, la OMS siguió minimizando la magnitud de la amenaza y declaró tardíamente la emergencia de salud pública de importancia internacional. El Grupo opina que es urgente fortalecer considerablemente la capacidad de respuesta de la OMS.

134. Las audiencias del Grupo revelaron que la confluencia de varios factores contribuyó a que la respuesta de la OMS fuera insuficiente en las primeras etapas del brote del ébola y a que se declarara tardíamente una emergencia de salud pública de importancia internacional.

135. En primer lugar, la falta de datos fiables dio lugar a que la OMS y otros organismos subestimaran la magnitud del brote. La OMS no tomó debidamente en cuenta el hecho de que un considerable número de casos iniciales de la enfermedad del Ébola no se comunicaron y que las iniciativas de respuesta temprana fueron muy insuficientes. Por ejemplo, a mediados de abril de 2014, las autoridades estaban

haciendo el seguimiento de solo 67 de las 390 personas en Guinea de las que se sabía en ese momento que habían estado en contacto con una persona infectada por el ébola. Además, la definición de contacto era entonces demasiado restringida y a menudo abarcaba únicamente a los familiares inmediatos y no a una variedad de otros posibles contactos. La resistencia generalizada a la implicación de la comunidad y las actividades de respuesta —así como la decisión adoptada por uno de los países afectados de informar únicamente de los casos confirmados por análisis de laboratorio— hizo aún más difícil lograr una comprensión precisa de la verdadera magnitud de la emergencia. El personal de respuesta supuso incorrectamente que el brote “se extinguiría por sí solo” en unas pocas semanas, sobre la base de la experiencia de brotes anteriores, todos los cuales se habían podido contener antes de que afectaran a más de 400 personas. Esa suposición contribuyó a un cierto grado de complacencia por parte de la OMS y de otro personal de respuesta.

136. En segundo lugar, la capacidad de respuesta de emergencia de la OMS se vio también limitada por los recientes recortes presupuestarios. Las actividades de respuesta de emergencia de la OMS dependen exclusivamente de la financiación voluntaria. A raíz de la crisis financiera mundial, las contribuciones voluntarias a la OMS se redujeron en 500 millones de dólares. Esto se vio agravado por el efecto de los tipos de cambio, ya que los recursos de la Organización, principalmente basados en el dólar de los Estados Unidos, habían perdido un tercio de su poder adquisitivo desde 2006. La preparación, la vigilancia y la capacidad de respuesta ante el brote se vio especialmente afectada por esos recortes, con lo que los gastos disminuyeron en más de un 50% (de 469 millones de dólares en 2012/2013 a 228 millones de dólares en 2014/2015), se produjeron considerables recortes en la dotación de personal en la sede y la Oficina Regional para África, que presta servicios a los países afectados por el ébola. El Director Regional de la OMS para África informó al Grupo de que la asignación presupuestaria total para la Oficina Regional se había reducido de 26 millones de dólares en 2010/2011 a 11 millones de dólares en 2014/2015. Como resultado de ello, la Oficina Regional tuvo que reducir de 12 a 3 el número de sus especialistas de respuesta de emergencia.

137. En tercer lugar, la cultura de larga data de la OMS es la de una organización técnica con el mandato de fijar normas internacionales y prestar asistencia en su ejecución. La OMS no tiene una cultura de respuesta de emergencias. Incluso durante el brote del ébola, la labor de la OMS a menudo se centró en el seguimiento de los datos epidemiológicos y el asesoramiento a los ministerios de salud.

138. En cuarto lugar, la compleja estructura de gobernanza de la OMS crea confusión respecto de cuál es la dependencia encargada de dirigir la respuesta en caso de emergencia. En el caso de los brotes clasificados en el marco de la respuesta de la OMS a las emergencias como emergencia de grado 2 o más, la oficina regional pertinente de la organización está encargada de la respuesta, mientras que la sede presta apoyo mediante el envío de expertos y otras medidas. En el período inicial de la respuesta al ébola, faltó a veces claridad en cuanto a quién estaba encargado de determinar los dirigentes y la composición y las pautas del despliegue. En términos más generales, se informó al Grupo de que la estructura de gestión de la OMS —en la que los directores regionales no son nombrados directamente por el Director General— podía socavar la capacidad del Director General para dirigir la estrategia y controlar las acciones de todo el personal de la secretaría de la OMS. Se informó al Grupo de que no había atribuciones generales que se aplicaran a los directores

regionales de la OMS. Es muy necesario racionalizar la OMS siguiendo las pautas de otros organismos internacionales a fin de asegurar que el jefe ejecutivo tenga una clara línea de autoridad directa en toda la organización. Esa racionalización no se puede lograr con eficacia si el Director General no tiene el control directo sobre el presupuesto y el personal de la secretaría de la OMS.

139. En quinto lugar, la OMS está consciente de las preocupaciones de los gobiernos acerca de los posibles efectos económicos adversos de declarar un brote. Si bien el RSI exige que haya consultas entre la OMS y un país afectado antes de que se declare una emergencia de salud pública de importancia internacional, no se requiere que un país afectado dé su consentimiento para declarar una emergencia de este tipo. La renuencia de los gobiernos de los países afectados por el ébola a aceptar que el brote era una emergencia de salud pública de importancia internacional fue un factor importante para que la OMS adoptara la decisión de retrasar el establecimiento de un comité de emergencia y la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional. Los informes indican que en las comunicaciones internas preparadas por altos funcionarios de la OMS para el Director General se advirtió que invocar el RSI declarando una emergencia de salud pública de importancia internacional “podía considerarse un acto hostil en el contexto actual y podía entorpecer la colaboración entre la OMS y los países afectados”.

140. Otras consideraciones políticas también pueden haber motivado la decisión de retrasar la declaración. En 2009, la OMS recibió fuertes críticas por declarar la pandemia de gripe de 2009 una emergencia de salud pública de importancia internacional sobre la base de información sobre su patogenicidad recibida en las primeras etapas, ya que posteriormente se supo que el virus no era altamente patogénico para la mayoría de los grupos de población. Además, a principios de 2014, la OMS ya estaba luchando contra una serie de brotes y emergencias, lo que exigió utilizar en gran medida sus recursos financieros y humanos. Entre ellos figuraban un brote de MERS en la Arabia Saudita, una nueva cepa de gripe A en China, la polio en la República Árabe Siria, y varios problemas sanitarios relacionados con los conflictos en la República Centroafricana y Sudán del Sur. Habida cuenta de las consecuencias del retraso en la respuesta al ébola, es necesario mejorar el equilibrio entre la sensibilidad de la OMS a las preocupaciones de sus Estados miembros y sus obligaciones como la autoridad mundial de salud pública. Con un liderazgo más enérgico del Director General, la emergencia de salud pública de importancia internacional podría haberse anunciado antes.

141. Como resultado de los factores mencionados, la respuesta inicial fue insuficiente, y la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional se retrasó hasta el 8 de agosto de 2014, para cuando ya había más de 1.600 personas infectadas.

142. Sin embargo, incluso después de la declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional y de un mayor reconocimiento internacional de la magnitud del problema, la respuesta internacional se vio obstaculizada por problemas operacionales y de coordinación.

143. En primer lugar, a pesar de los importantes compromisos contraídos tras la aprobación de la declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional y la consiguiente atención de los medios de comunicación mundiales, la ayuda internacional llegó lentamente. Si bien se había prometido un apoyo

financiero considerable, con frecuencia tomó varias semanas para que los fondos se comprometieran y se desembolsaran. La falta de claridad con respecto a las necesidades de los países, las responsabilidades y las estructuras jerárquicas contribuyó a ese retraso.

144. En segundo lugar, no se contaba con suficiente personal médico cualificado de respuesta. Varios miembros del personal de respuesta de primera línea observaron que la limitación más importante en la respuesta no tenía que ver con la financiación sino con el personal. No había suficientes médicos con experiencia en la lucha contra el ébola para dotar a los centros de tratamiento del ébola del personal necesario en los tres países afectados. Los equipos médicos extranjeros, en particular del continente africano, cumplieron una función importante para proporcionar personal médico cualificado, pero la mayoría todavía necesitaba capacitación para administrar un centro de tratamiento. Las organizaciones no gubernamentales y los organismos de las Naciones Unidas informaron de que incluso el personal no médico se mostraba reticente a trabajar en los países afectados, y de que algunos rechazaron ofertas de trabajo. Muchos miembros del personal de respuesta observaron que el hecho de que no se ofreciera la evacuación médica garantizada había sido un desincentivo para que el personal se sumara a la labor de respuesta en los países afectados. Del mismo modo, la capacidad de las instituciones asociadas de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, una red de institutos de salud pública con acceso a epidemiólogos experimentados y otros trabajadores de respuesta a los brotes, que pueden desplegarse por períodos cortos en caso de que se produzca brote, no fueron suficientes para atender la demanda para los despliegues. Incluso la secretaría de la OMS tropezó con dificultades para desplegar un número suficiente de personal en África Occidental. En el momento en que se produjo el brote del ébola, la OMS ya estaba sobrecargada por las respuestas en curso a tres diferentes emergencias humanitarias de nivel 3, así como a otros brotes. Le tomó varios meses a la OMS aumentar considerablemente su dotación de personal y gran parte de su personal internacional fue desplegado solamente por cortos períodos, lo que dio lugar a una elevada rotación de personal.

145. En tercer lugar, la emergencia del ébola puso de manifiesto la insuficiente capacidad operacional de la OMS. Aun en los casos en que la organización reconoció las crecientes necesidades de respuesta, sus normas administrativas internas sobre recursos humanos, adquisiciones y finanzas no facilitaron el despliegue rápido de personal o de materiales de respuesta de emergencia. En lo que respecta a la financiación, todas las actividades de respuesta de emergencia de la OMS a determinados brotes se financian exclusivamente con cargo a contribuciones voluntarias. Ello supone que todas las principales actividades de respuesta rápida exigen hacer llamamientos rápidos a la financiación. El pequeño equipo de apoyo operacional de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos de la OMS también se vio muy exigido por la demanda de despliegues rápidos.

146. En cuarto lugar, los materiales médicos indispensables, incluido el equipo de protección personal (por ejemplo, trajes de protección y guantes) y otros materiales de respuesta como automóviles, motocicletas (para los caminos difíciles), camas y tiendas de campaña, no siempre fueron fáciles de conseguir. Por otra parte, los cierres unilaterales de fronteras y las restricciones del comercio y los viajes obstaculizaron la corriente de suministros de respuesta a los países afectados. Habida cuenta de la suspensión de los vuelos por varias aerolíneas comerciales, se

habían tenido que utilizar varias redes especiales de logística humanitaria. Los problemas de transporte eran más pronunciados en los países afectados, donde la ausencia de caminos viables hizo que a menudo se dependiera de helicópteros. Dado el carácter sumamente transmisible de la carga, el transporte de las muestras de laboratorio planteó problemas particulares.

147. En quinto lugar, las iniciativas de respuesta no contaban con los expertos y conocimientos especializados pertinentes sobre la forma en que un brote de ébola de esta magnitud podía ser contenido eficazmente. El grupo de personas con experiencia en brotes de ébola era limitado y no se contaba con normas y directrices para su distribución a los centros de salud y los equipos de respuesta. Incluso los países con sistemas de salud avanzados no habían establecido protocolos correctos de prevención y control de infecciones para proteger a la población contra el ébola. Además, el alcance del brote presentaba un desafío adicional. No estaba claro cuál era la mejor forma de planificar una respuesta operacional a un brote que ya se había propagado en tres países y se seguía extendiendo. En vista de que tomó varias semanas construir o adquirir laboratorios y centros de tratamiento, era necesario que la planificación se basara en las proyecciones de la futura propagación de la enfermedad y se ajustara periódicamente en función de los nuevos acontecimientos. A finales de septiembre de 2014, un estudio realizado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos previó que para enero de 2015 habría más de 1,4 millones de casos de ébola en los tres países afectados. Sin embargo, el cambio de comportamiento en las comunidades, combinado con medidas eficaces de respuesta médica, impidió que la enfermedad alcanzara las proporciones previstas inicialmente.

148. En este contexto, el Grupo recomienda que se fortalezca considerablemente las capacidades operacionales para la respuesta de emergencia de la OMS. La secretaria de la OMS debe estar facultada y dotada de recursos suficientes para cumplir el papel rector que le han conferido los Estados miembros. Como se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la finalidad de la organización es actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional; establecer y mantener colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos especializados, las administraciones oficiales de salubridad, las agrupaciones profesionales y demás organizaciones que se juzgue convenientes; ayudar a los gobiernos, a su solicitud, a fortalecer sus servicios de salubridad; proporcionar ayuda técnica adecuada y, en casos de emergencia, prestar a los gobiernos la cooperación necesaria que soliciten, o acepten.

149. En el caso de un brote de una enfermedad transmisible, el mundo recurre a la OMS para que dirija la respuesta mundial. Sin embargo, hasta la fecha, la Organización no ha desarrollado las capacidades operacionales necesarias para satisfacer esas expectativas. Como ya se ha señalado, esto puede atribuirse en parte a su cultura institucional, ya que históricamente servía como una organización normativa. Además, la OMS ha recibido un apoyo insuficiente de los Estados miembros.

150. El Grupo toma nota de las iniciativas de reforma llevadas a cabo por el Director General de la OMS desde el período de sesiones de la Junta Ejecutiva de la OMS en enero de 2015. Esas iniciativas de reforma incluyeron la creación del Programa de Gestión de Brotes y Emergencias, bajo la dirección de un Director Ejecutivo Adjunto a nivel de Director General Adjunto. Si bien el Grupo acoge con

beneplácito esas iniciativas, también destaca la necesidad de unificar las capacidades operacionales de la OMS bajo una única estructura de jerarquía, mando y supervisión. En este sentido, la propuesta del Grupo de expertos de la OMS para la evaluación interina del ébola de crear un “centro” responde mejor a lo que se necesita que el programa de la OMS. Por consiguiente, el Grupo recomienda la creación de un “centro para la preparación y respuesta frente a emergencias”.

151. El centro de la OMS para la preparación y respuesta frente a emergencias debería incluir un mecanismo de vigilancia mundial y una plataforma de datos abiertos que recopile información sobre eventos sanitarios inusuales tanto mediante un proceso de notificación formal como de otras fuentes. Esa información debería ponerse a disposición del público.

152. El centro debería establecer capacidades operacionales importantes. Estas deberían incluir activos humanos de despliegue rápido —en particular, personal médico y otro personal de respuesta— para responder a las crisis sanitarias. También deberían ampliarse y fortalecerse los mecanismos ya existentes, como la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos y los equipos médicos extranjeros. En este contexto, el Grupo acoge con beneplácito la iniciativa del Director General de crear una “fuerza de trabajo sanitaria mundial” e insta a su pronta aplicación. El personal identificado debe recibir capacitación básica en respuesta de emergencia y prevención y control de infecciones, a fin de que pueda desplegarse rápidamente y que la necesidad de capacitación adicional para una enfermedad específica sea mínima. Para facilitar el despliegue rápido, el centro debería elaborar mecanismos para ofrecer la evacuación médica garantizada a todo el personal desplegado. Además, el centro debería seguir racionalizando los procedimientos administrativos para facilitar las operaciones de respuesta de emergencia.

153. Del mismo modo, el centro debería determinar y almacenar (según procediera) materiales básicos de emergencia en lugares estratégicos y establecer asociaciones con proveedores de logística a fin de estar en condiciones de apoyar el despliegue rápido del personal de respuesta y los materiales indispensables.

154. El centro también debería elaborar planes operacionales de respuesta y protocolos para las crisis sanitarias y dirigir la iniciativa general de respuesta sanitaria mediante el grupo temático sobre la salud. En los casos en que una crisis sanitaria es la causa fundamental de una emergencia humanitaria más amplia, el centro debería desempeñar un papel de liderazgo en la coordinación de una respuesta institucional inclusiva (véase la recomendación 8).

155. La tarea fundamental del centro debe ser la detección temprana de los brotes de enfermedades transmisibles y el liderazgo, en colaboración con los gobiernos de los países afectados, de una rápida respuesta operacional, a fin de que los brotes no se conviertan en una emergencia de salud pública de importancia internacional. Los Estados miembros de la OMS y los asociados deben reforzar esta labor prestando apoyo a la respuesta de emergencia de la OMS aun antes de que un brote se convierta en una emergencia de salud pública de importancia internacional. El centro debe estar dotado de personal y recursos suficientes, y debe financiarse con cargo a las cuotas. A fin de garantizar el acceso rápido a los recursos para apoyar una respuesta, el centro debería tener acceso al nuevo Fondo de Reserva para Emergencias creado recientemente en la OMS, así como la capacidad para administrar este Fondo. Sin embargo, los recursos del Fondo también deberían estar

a disposición de otras entidades de respuesta a crisis sanitarias. El centro también debería tener acceso al servicio de financiación del Banco Mundial para hacer frente a emergencias pandémicas, en caso necesario.

156. El centro también debería encargarse de determinar si un brote exige que se adopten medidas aceleradas de investigación y desarrollo en relación con las medidas médicas de lucha contra el brote, como los diagnósticos, tratamientos o vacunas, y debería colaborar estrechamente con el departamento correspondiente de la OMS en la coordinación de las medidas para apoyar esa labor de investigación.

157. El centro debería recibir la orientación de una junta consultiva independiente, integrada por representantes de otras organizaciones de las Naciones Unidas de respuesta a emergencias, los gobiernos nacionales, las organizaciones no gubernamentales y otros asociados institucionales del ámbito de la salud, con el fin de garantizar una amplia contribución a las evaluaciones de la situación que realiza el centro y reducir los errores de apreciación o las interferencias políticas. Los miembros de la junta consultiva deberían tener acceso a los datos de vigilancia de la OMS y deberían hacer aportaciones a las evaluaciones y la respuesta del centro.

158. Si bien la labor del Grupo estaba centrada en las emergencias provocadas por crisis sanitarias, varios interlocutores pidieron a la OMS que reforzara el liderazgo del grupo temático sobre la salud durante las emergencias humanitarias y que le diera, en particular, una mayor inclusividad e independencia en la coordinación. Por lo tanto, la creación del centro debe tener como resultado un liderazgo más firme, inclusivo e independiente del grupo temático sobre la salud.

Recomendación 7

La OMS fortalece de inmediato su liderazgo y establece una capacidad operacional unificada y eficaz.

- Tomando nota de que la OMS estableció el Programa de Gestión de Brotes y Emergencias, pero teniendo en cuenta la necesidad de un mando unificado, el Grupo propone que ese Programa se convierta en un centro de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia, con autoridad de mando y control.
- El centro es el mecanismo central de mando y control en caso de emergencias sanitarias. Debe contar con personal y fondos suficientes, y con una línea de jerarquía claramente definida dentro de la Organización.
- Se ha establecido una junta consultiva permanente para impartir orientación al centro en sus actividades. La junta consultiva debe incorporar a representantes de los órganos de las Naciones Unidas, los gobiernos nacionales, las ONG y los asociados institucionales para fomentar un enfoque multisectorial.
- Durante una crisis sanitaria, el centro asume la plena autoridad para la respuesta del grupo temático sobre la salud y mantiene una estrecha colaboración con el Gobierno y todos los agentes.
- El centro cuenta con una dependencia de gestión del despliegue de personal, a fin de incluir los programas de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos y del equipo médico extranjero, que coordina el personal sanitario mundial para situaciones de emergencia y, según sea necesario, despliega expertos y equipos médicos extranjeros.

- El centro establece un protocolo transparente para activar una respuesta inmediata a los brotes y exhorta a la acción política cuando se presentan obstáculos que retrasan o impiden la acción internacional.
- El centro dispone también de una plataforma de datos abiertos para reunir, gestionar y analizar datos públicos sobre acontecimientos epidemiológicos en todo el mundo. El centro será responsable de poner estos datos a disposición del público en tiempo real.
- El centro gestiona el fondo de reserva propuesto de la OMS y tiene acceso al servicio de financiación de emergencia para hacer frente a la pandemia.
- El centro colabora estrechamente con el Departamento de Sistemas de Salud e Innovación de la OMS en lo que se refiere a la investigación y el desarrollo en las crisis sanitarias.
- El centro, en colaboración con el Comité Permanente entre Organismos, establece procedimientos operativos estándar para los agentes humanitarios que operan en las crisis sanitarias.

C. Mejorar la coordinación a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas en la respuesta mundial a las crisis sanitarias

159. Más allá de la respuesta de la OMS, la crisis del ébola también puso de manifiesto una falta de coherencia y coordinación en el sistema de las Naciones Unidas en su conjunto.

160. En primer lugar, no existía ningún mecanismo interinstitucional establecido para responder a crisis sanitarias con consecuencias multidimensionales. El sistema de grupos temáticos del CPO, coordinado por la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, se activa normalmente para responder a crisis humanitarias de gran escala. En el caso de la crisis del ébola de 2014, el mecanismo del CPO fue considerado pero al final no fue seleccionado por varias razones. Entre ellas, el hecho de que en un principio se consideró que el brote del ébola era una crisis sanitaria y no una crisis humanitaria, a ello se sumó la decisión de la OMS de no tratar la cuestión con los miembros principales del CPO (jefes de organismos) en una etapa más temprana. Por otra parte, el número de personas infectadas en los primeros días de la crisis del ébola era relativamente pequeño en comparación con el número de casos en otras crisis humanitarias.

161. El Director General de la OMS, informó por primera vez al CPO sobre la crisis del ébola en una reunión celebrada en agosto de 2014. Los miembros principales del CPO consideraron que la OMS, como el organismo principal en materia de salud, debía asumir el liderazgo en la respuesta a la crisis. No se tomó ninguna decisión para activar una respuesta humanitaria más amplia. Sin embargo, la lentitud de la respuesta de la OMS —en particular el lento despliegue del personal— puso en duda su capacidad para asumir el liderazgo necesario. Además, a medida que evolucionaba la crisis, quedó claro que esta incluía varias otras dimensiones además de la salud, como las de Agua, Saneamiento e Higiene para Todos (WASH), la educación y la seguridad alimentaria, por lo que la OMS por sí sola no podría coordinar la respuesta general. Los miembros del CPO y otros

agentes también concluyeron que, dado el ritmo al que estaba evolucionando la epidemia, debía establecerse un sistema de respuesta en cadena con dirigentes capaces de ejercer un mando y un control directos. Un sistema de este tipo es muy diferente al sistema de grupos temáticos del CPO.

162. En medio de las demoras en la respuesta, y ante una propagación del brote que superaba rápidamente los esfuerzos por contenerlo, se reconoció que era necesario ampliar rápidamente la respuesta. Tras celebrar consultas con el Director General de la OMS, el 17 de septiembre de 2014, el Secretario General anunció su intención de establecer de inmediato la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola (UNMEER), la primera misión de emergencia sanitaria en la historia de las Naciones Unidas. La propuesta de establecer la UNMEER fue acogida con beneplácito por la Asamblea General en su resolución 69/1, de 19 de septiembre de 2014.

163. En sus consultas, el Grupo tuvo conocimiento de que el establecimiento de la UNMEER, bajo el liderazgo personal del Secretario General, desempeñó un papel importante para señalar a la atención mundial la crisis del ébola y ayudó a los gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas y otros agentes a poner su respuesta en modalidad de emergencia. Si bien la mayor parte de la respuesta operacional de las Naciones Unidas siguió estando a cargo de los organismos principales, incluidos la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el PMA y la OMS, la UNMEER ayudó a establecer una plataforma operacional común para la respuesta. En los países afectados, se dio crédito a los Gestores de la Crisis del Ébola de la UNMEER por convocar a los agentes y los asociados a nivel nacional, colaborar en el ámbito político y asegurar la adopción de un enfoque inclusivo y de implicación nacional. La UNMEER también aportó una perspectiva regional muy necesaria a la respuesta que permitió a la Misión prestar apoyo para la redistribución de los activos de respuesta a través de las fronteras nacionales. Además, el apoyo logístico prestado por el PMA, bajo la coordinación de la UNMEER, se consideró un multiplicador decisivo de la respuesta.

164. Sin embargo, el Grupo también escuchó una serie de críticas a la UNMEER. Varios miembros del personal de respuesta señalaron que había tomado mucho tiempo para que la Misión entrara en pleno funcionamiento y asumiera su función de coordinación. En particular, la UNMEER tuvo dificultades para desplegar oportunamente suficiente personal con los conocimientos especializados necesarios. Se observó también que, al superponer una nueva estructura en una respuesta que ya estaba en marcha, la UNMEER no aprovechó en medida suficiente los mecanismos, estructuras y conocimientos especializados ya existentes, ya sea de las Naciones Unidas o nacionales. Se consideró que la contribución de la Misión fue más eficaz cuando se garantizó la inclusión y facilitó la coordinación colaborativa, muy semejante a un coordinador humanitario empoderado. Además, algunos observaron que la ubicación del cuartel general de la UNMEER en Ghana y su falta inicial de presencia sobre el terreno en los países afectados habían socavado su capacidad para coordinar una respuesta eficaz. Varios miembros del personal de respuesta sobre el terreno señalaron que no habían tenido ningún contacto con la UNMEER. Sin embargo, la decisión de establecer un cuartel general fuera de los países afectados era comprensible en vista de las previsiones iniciales del avance de la enfermedad y la existencia de las restricciones de vuelo establecidas en la región.

165. En opinión del Grupo, el establecimiento de la UNMEER por el Secretario General fue una valiosa contribución al fortalecimiento de la respuesta mundial al ébola en el punto álgido de la crisis. Sin embargo, la experiencia de la UNMEER también puso de relieve las dificultades que entraña el establecimiento de un nuevo mecanismo de coordinación en medio de una crisis, y destaca la necesidad de recurrir a los mecanismos de coordinación ya existentes o previamente convenidos, como el mecanismo del sistema de grupos temáticos del Comité Permanente entre Organismos, para hacer frente a las crisis. De ser necesario, esos mecanismos deben ser adaptados al carácter de las crisis.

166. Simultáneamente al establecimiento de la UNMEER, el Secretario General también nombró a su Enviado Especial para la Lucha contra el Ébola a fin de que impartiera la orientación estratégica y normativa para la respuesta al ébola y movilizara el apoyo de los donantes internacionales. En sus consultas, se informó al Grupo de que el Enviado Especial había desempeñado un papel importante en la definición de las necesidades financieras, la recaudación de fondos para la respuesta al ébola y la facilitación de la coordinación periódica entre los agentes internacionales en todo el mundo. El nombramiento del Enviado Especial también contribuyó a mantener la atención política en la crisis.

167. A fin de asegurar una respuesta enérgica y bien coordinada a nivel de todo el sistema a futuras crisis sanitarias, el Grupo recomienda que se establezca una relación jerárquica clara y protocolos que rijan la colaboración entre los organismos de las Naciones Unidas. En particular, el Grupo considera que las medidas que se exponen a continuación garantizarían una mayor coherencia.

168. En la medida de lo posible, el sistema de grupos temáticos del CPO debería utilizarse para garantizar la coordinación interinstitucional en situaciones de respuesta a emergencias, incluidas las crisis provocadas por los brotes de enfermedades transmisibles. Si, como suele ser el caso, un brote de una enfermedad transmisible se produce como parte de una situación de emergencia más amplia provocada por un conflicto o un desastre natural, el Grupo temático sobre la salud, bajo la dirección de la OMS, deberá dirigir la respuesta sanitaria, respondiendo ante el Coordinador de Asuntos Humanitarios nombrado por el Secretario General.

169. No obstante, puede haber situaciones, como un posible brote de gripe pandémica, en que una crisis sanitaria es la causa fundamental de una emergencia humanitaria. Habida cuenta de la necesidad de que la respuesta sanitaria sirva de guía para la respuesta global a la crisis, el CPO tal vez desee asignar la dirección general de la respuesta interinstitucional a la OMS, a través del sistema de grupos temáticos. Cuando se producen estas situaciones, el Secretario General debería nombrar al Director Ejecutivo de la OMS como su Coordinador del Socorro de Emergencia, lo que permitiría que el centro de la OMS supervisara la respuesta sanitaria directa como jefe del grupo temático sobre la salud, así como coordinador general de la respuesta humanitaria más amplia.

170. El Grupo también recomienda que el CPO examine el sistema de grupos temáticos a fin de fortalecer su eficacia y capacidad como mecanismo de coordinación de emergencia, en particular en el contexto de las crisis sanitarias.

171. A fin de asegurar la participación y el compromiso político mundial más allá del sector de la salud, el Grupo recomienda además que, en el caso de las crisis sanitarias como el ébola, el Director General de la OMS informe oficial y

periódicamente al Secretario General de las Naciones Unidas sobre la respuesta a la crisis. De esta manera, ayudará al Secretario General a utilizar sus buenos oficios para apoyar las iniciativas de la respuesta global.

Recomendación 8

En caso de que se produzca un brote de categoría 2 o categoría 3 que todavía no esté clasificado como una emergencia humanitaria, se activará una clara línea de mando en todo el sistema de las Naciones Unidas.

- El Director General de la OMS presenta informes al Secretario General de las Naciones Unidas sobre la respuesta.
- El Director Regional de la OMS, responde directamente ante el Director Ejecutivo del centro de la OMS para garantizar la coherencia en todo el sistema.
- El Director Ejecutivo del centro será el Coordinador del Socorro de Emergencia del Secretario General, que se encargará de dirigir una respuesta interinstitucional, de ser necesaria.
- Dado que la OMS es el organismo operacional principal designado para la respuesta a una crisis sanitaria, el Secretario General debería velar por que el sistema de grupos temáticos del CPO esté plenamente operativo para prestar apoyo al Coordinador del Socorro de Emergencia en la dirección de una respuesta interinstitucional, de ser necesaria.
- El ámbito de competencia del CPO, incluido el sistema de grupos temáticos, se examina con el fin de mejorar su solidez, puntualidad, coordinación y capacidad para hacer frente a las crisis sanitarias.

172. El brote del ébola también puso de manifiesto el hecho de que las categorizaciones existentes de las emergencias en el sector sanitario y humanitario no son coherentes y pueden dar lugar a malentendidos. Por ejemplo, en las Fases de las Pandemias de la OMS se distinguen seis fases en los brotes de enfermedades, en función del alcance y la modalidad de la transmisión. Del mismo modo, el marco de la respuesta de emergencia de la OMS reconoce tres grados de emergencias sanitarias y describe la asignación de las responsabilidades de la OMS en cada caso. También en el caso de la OMS, el RSI prevé la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional. El sistema humanitario más amplio, el marco del CPO para la clasificación de las emergencias humanitarias consta también de tres niveles, cada uno de los cuales tiene consecuencias diferentes para la movilización de la respuesta. La falta de conocimiento de los cuatro sistemas, junto con una terminología confusa, contribuyeron a malentendidos entre los sectores de la salud y humanitarios en las primeras etapas de la respuesta al ébola. Por lo tanto, el Grupo considera que se debe tratar de armonizar los distintos sistemas de clasificación de las emergencias. En particular, cada emergencia sanitaria clasificada como una emergencia de categoría 2 o 3 de conformidad con el marco de respuesta a las emergencias de la OMS debería dar lugar automáticamente a una evaluación interinstitucional de las posibles consecuencias humanitarias.

Recomendación 9**El Secretario General pondrá en marcha la integración de los sistemas de activación en caso de crisis sanitarias y humanitarias.**

- Con efecto inmediato, toda crisis sanitaria clasificada en la categoría 2 o en la categoría 3, de conformidad con el marco de respuesta de emergencia de la OMS, pondrá automáticamente en marcha una evaluación multisectorial interinstitucional.

V. Cuestiones transversales

173. Además de las cuestiones relacionadas con la preparación y la respuesta en los planos nacional, regional e internacional, el Grupo también ha señalado una serie de cuestiones transversales clave que es preciso examinar para fortalecer la respuesta mundial a las crisis sanitarias.

A. El desarrollo y la salud

174. Uno de los temas recurrentes del presente informe es que los países más afectados por las enfermedades transmisibles sufren una serie de problemas de capacidad que van más allá de la salud. En 2014, los tres países más afectados por el ébola acababan de salir de un conflicto. Después de una guerra civil que había durado más de un decenio, la situación de Liberia y de Sierra Leona seguía siendo frágil, mientras que Guinea había pasado por considerables tensiones políticas y conflictos civiles en 2008. Además, los tres países figuran entre los 48 países menos adelantados del mundo, junto con otros 31 países en África, 9 en Asia, 4 en Oceanía y 1 en América. La República Democrática del Congo y Uganda, países que ya habían pasado por crisis del ébola, también forman parte de este grupo. En 2014, el PIB anual per cápita en Guinea, Liberia y Sierra Leona era de 540 dólares, 458 dólares y 766 dólares, respectivamente, con lo cual los tres países se encontraban entre las 20 naciones más pobres de las que se disponía de datos. Además, estos promedios ocultan grandes disparidades en los ingresos. En Guinea, el 35% de la población vive en la pobreza absoluta (2012)⁶. En Liberia y Sierra Leona, la proporción es del 69% (2007) y el 52% (2011), respectivamente.

175. Además de los bajos indicadores económicos, muchos de estos países también tienen infraestructuras y servicios sociales inadecuados. Más del 30% de la población rural carece de acceso a agua potable y cuatro de cada cinco personas, a instalaciones básicas de saneamiento. Un tercio de los niños menores de 5 años padece retraso en el crecimiento como consecuencia de la desnutrición. Más del 30% de los niños no completa la educación primaria y más de la mitad de los adultos es analfabeta. Como se señaló anteriormente, el acceso a la atención sanitaria de calidad en los tres países es sumamente limitada. Como consecuencia de estos problemas, la esperanza de vida media en la cohorte de nacimiento actual es de 60 años en Liberia y 50 en Sierra Leona.

176. Si bien es cierto que en cualquier país del mundo pueden aparecer nuevos patógenos peligrosos, a raíz de las malas condiciones de vida en los países en

⁶ La pobreza absoluta se define como la población que vive con menos de 1,90 dólares diarios a precios de 2011 (paridad del poder adquisitivo).

desarrollo, estos suelen correr un mayor riesgo de brotes de nuevas enfermedades transmisibles. La urbanización y las explotaciones agrícolas a menudo invaden los hábitats naturales de los animales, lo cual abre las puertas a que la población quede expuesta a enfermedades zoonóticas.

177. Una vez que aparece una enfermedad, la falta de servicios básicos de saneamiento, la inadecuación de los sistemas de salud y las poblaciones vulnerables contribuyen a exacerbar su rápida propagación. Una gran parte de la población, especialmente en las zonas rurales, no tiene acceso a la atención preventiva básica, como inmunizaciones infantiles, visitas periódicas al médico o educación en materia de higiene. Del mismo modo, la falta de personal médico calificado, fármacos y equipo básico hace que muchas enfermedades que podrían ser tratables se vuelvan mortales. Como lo demostró el brote del ébola en 2014, estas condiciones también aumentan la probabilidad de transmisión de infecciones en los establecimientos sanitarios y entorpecen la respuesta a los brotes.

178. Los problemas derivados de la pobreza por un lado hacen que los países menos adelantados sean más vulnerables a las enfermedades transmisibles y por otro también menoscaban la capacidad de esos países para crear sistemas de salud eficaces y que respondan a las necesidades. El Grupo se enteró de que en los tres países más afectados por el ébola, al sector de la salud se le asigna un porcentaje muy inferior al 15% de los gastos gubernamentales recomendados en la Declaración de Abuja. Asimismo, el gasto público anual per cápita en salud es menos del 20% del nivel mínimo recomendado para la atención primaria de la salud. Si bien muchos países se han comprometido reiteradas veces a cumplir una serie de objetivos ambiciosos en relación con los gastos en la atención de la salud, hasta la fecha solo un número reducido de países gasta más del mínimo recomendado por habitante. El Grupo insta a todos los países a que revean sus prioridades en materia de gastos con el fin de aumentar las asignaciones del presupuesto nacional en el ámbito de la salud para llegar al mínimo recomendado, lo que también ayudará a lograr la capacidad básica que establece el RSI. Al mismo tiempo, muchos países en desarrollo necesitarán una asistencia sustancial de los asociados para fortalecer sus sistemas de salud.

1. Consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

179. En la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015 la comunidad internacional se comprometió a alcanzar 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas, incluidas varias en la esfera de la salud (véase la resolución 70/1 de la Asamblea General). En concreto, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a:

- “Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles” (Objetivo 3.3)
- “Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial” (Objetivo 3.d)
- “Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que

afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos” (Objetivo 3.b)

En apoyo de la creación de sistemas de salud, los compromisos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible son:

- “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (Objetivo 3.8)
- “Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo” (Objetivo 3.c)

180. Teniendo todo esto en cuenta, el Grupo insta a todos los Estados Miembros a cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente en el ámbito de la salud. Observa que en el Objetivo 3.3 se ha reconocido la amenaza de las crisis sanitarias derivadas de enfermedades transmisibles e insta a los Estados Miembros a que velen por que en el proceso de supervisión y seguimiento de los Objetivos se tenga en cuenta el cumplimiento de los requisitos de capacidad básica que establece el RSI como elemento crucial en la prevención de los brotes de enfermedades transmisibles.

Recomendación 10

La comunidad internacional debe cumplir los compromisos encaminados al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, poniendo un especial hincapié en los relacionados con el sector de la salud.

- La Comisión de Estadística, en sus deliberaciones sobre los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, debería estudiar la posibilidad de medir el cumplimiento de los requisitos de capacidad básica que establece el RSI y fortalecer los sistemas de salud en general como indicadores del proceso de consecución de los objetivos de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

2. Fortalecimiento de los sistemas de salud

181. En los últimos cuatro años, la asistencia internacional para el desarrollo destinada al sector de la salud se ha mantenido en alrededor de 35.000 millones de dólares al año, sin cambios. Sin embargo, la mayor parte de esos fondos van a parar a programas verticales dedicados a indicadores de salud específicos. Estos programas suelen ejecutarse en paralelo al sistema de salud pública y, en ocasiones, crean una infraestructura de atención de la salud separada, a un costo considerable. Si bien esos programas pueden ser eficientes para lograr objetivos concretos (como la disminución de la mortalidad materna e infantil o el suministro de terapias antirretrovirales a las personas que viven con el VIH), sus actividades se limitan a

una esfera y suelen no redundar en beneficios secundarios para el sistema de atención de la salud en general. Además, como los programas de salud verticales pagan mejores salarios y brindan mejores servicios, con frecuencia perjudican los sistemas de salud pública más amplios al llevarse para sí a personal capacitado que podría estar ocupando cargos en el sector público.

182. Por estas razones, cuando se dedica una mayor proporción de la financiación nacional e internacional al fortalecimiento de los sistemas de salud se pueden obtener más beneficios secundarios, como, por ejemplo, la recopilación de estadísticas de salud vitales (incluida la inscripción de nacimientos y defunciones), mejores campañas de vacunación y la garantía de un seguimiento más integral del paciente. Teniendo esto cuenta, el Grupo opina que los asociados deberían canalizar una proporción mayor de su asistencia oficial para el desarrollo (AOD) al fortalecimiento de los sistemas de salud.

183. Para fortalecer de manera efectiva los sistemas de salud, los asociados deberían brindar una mayor proporción de la ayuda para la salud a través de los gobiernos nacionales, dado que estas son las entidades mejor posicionadas para coordinar la creación de los sistemas nacionales de salud. Es difícil obtener cifras concretas del apoyo presupuestario, pero los datos disponibles indican que, hasta la fecha, aproximadamente las dos terceras partes de la asistencia para el desarrollo destinada a la programación de servicios de salud se han asignado a programas verticales, lo cual ha dejado a los gobiernos sumas limitadas para asignar a las prioridades nacionales. Según información se ha otorgado solamente un 6% para fortalecer los sistemas de salud y fomentar la aplicación de enfoques integrales transversales. Si se canalizara una mayor proporción de los fondos a los países a través del apoyo presupuestario los gobiernos nacionales podrían dirigir la financiación adonde más se la necesita y fortalecer el aparato que sustenta los sistemas de atención de la salud. Sin embargo, muchos asociados comunicaron al Grupo que no estaban dispuestos a aumentar el apoyo presupuestario debido a las deficiencias de gobernanza y de los sistemas de gestión financiera observados en países vulnerables y económicamente menos desarrollados. Al mismo tiempo, los países receptores afirman que los parámetros de referencia para la gobernanza y la gestión financiera son confusos y cambian con frecuencia.

184. El Grupo observa también que las ONG locales e internacionales que realizan actividades en los países en desarrollo deberían formular sus actividades en consonancia con los planes nacionales generales y actuar con total transparencia. Algunos gobiernos transmitieron al Grupo sus preocupaciones por no tener conocimiento de algunas de las actividades realizadas por ONG en sus países. A fin de garantizar una asignación eficiente de los recursos, los asociados también deberían exigir a las ONG el cumplimiento de las normas más estrictas de buena gobernanza y gestión financiera.

Recomendación 11

Los asociados mantienen la asistencia oficial para el desarrollo destinada al sector de la salud y asignan un mayor porcentaje al fortalecimiento de los sistemas de salud en el marco de un plan convenido de antemano y dirigido por los gobiernos.

- La AOD está estratégicamente dirigida a un plan quinquenal incremental, sujeto a un presupuesto, de fortalecimiento del sistema de salud.

- Los parámetros para la transparencia y la buena gobernanza en la gestión financiera son claros y coherentes.
- La labor de las ONG se lleva a cabo con el mismo grado de transparencia y buena gobernanza que se espera de los gobiernos nacionales.

3. Complementar los sistemas de salud con la programación del desarrollo

185. Incluso los sistemas de salud sólidos pueden resultar afectados por problemas de desarrollo más generales. Varios interlocutores señalaron que algunos de los principales obstáculos para mejorar los servicios de salud eran la mala calidad del agua y el saneamiento, la energía, las comunicaciones, el transporte y las redes de carreteras.

186. En este contexto, el Grupo recomienda una mayor complementariedad de los esfuerzos de desarrollo, con miras a apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo, especialmente en las comunidades rurales, que tienen un acceso muy limitado a la atención de la salud. Por ejemplo, los programas para establecer y mantener centros sanitarios rurales deberían ir de la mano de proyectos complementarios de electrificación, abastecimiento de agua y saneamiento, o de la expansión de la infraestructura para garantizar un mayor acceso a los servicios de atención de la salud.

Recomendación 12

La OMS trabaja en estrecha colaboración con los agentes del desarrollo a fin de garantizar que la programación para el desarrollo apoya los sistemas de salud y, de esa manera, contribuye a mejorar el acceso universal y equitativo a una atención de la salud de calidad.

B. Investigación y desarrollo

187. El descubrimiento y la producción de nuevas vacunas, diagnósticos y terapias es crucial para prevenir y responder a las crisis de enfermedades transmisibles. A lo largo del último siglo gracias a los descubrimientos de las investigaciones médicas se lograron importantes reducciones en la morbilidad y la mortalidad causada por muchas enfermedades, incluida la rabia, la poliomielitis, el sarampión y la rubeola, y se erradicaron otras, como la viruela. Más recientemente, las iniciativas que pusieron en práctica la GAVI, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la OMS y el UNICEF, entre otros, han ampliado considerablemente el acceso a las vacunas esenciales para salvar vidas en los países en desarrollo.

188. Sin embargo, las actividades de investigación y desarrollo relacionadas con las numerosas enfermedades transmisibles que afectan principalmente a los países en desarrollo y podrían desencadenar una crisis de salud han sido muy limitadas. La OMS mantiene una lista de 18 enfermedades tropicales desatendidas que son endémicas en 149 países y afectan a más de 1.400 millones de personas. El brote del ébola en África Occidental en 2014 fue otro ejemplo de las consecuencias de las brechas en los gastos para la investigación y el desarrollo. Hace 40 años que se tiene conocimiento de la enfermedad del Ébola y ha habido más de 20 brotes desde su descubrimiento. Sin embargo, en 2014 no había ninguna vacuna contra el ébola para contener la epidemia.

189. La falta de investigación y desarrollo para las enfermedades que afectan mayormente a los pobres es el resultado de los mecanismos del mercado. Para elaborar nuevos productos farmacológicos se requieren una elevada inversión y muchas rondas de ensayos infructuosos. Las empresas farmacéuticas, que se guían en gran medida por la necesidad de recuperar los costos de la investigación y por la posibilidad de obtener ganancias comerciales, centran sus esfuerzos en las enfermedades que afligen principalmente a las sociedades cuyos sistemas de atención de la salud y cuyas poblaciones están dispuestos y en condiciones de costear nuevos productos. Como resultado de ello, de los 214.000 millones de dólares que se invirtieron en actividades de investigación y desarrollo en la esfera de la salud en 2010, menos del 2% se asignó a enfermedades desatendidas, y desde entonces ese porcentaje disminuyó aún más.

190. Cuando el brote del ébola en África Occidental atrajo la atención internacional, se puso a disposición de las instituciones de investigación una cantidad importante de fondos para acelerar las tareas para desarrollar una vacuna⁷. Si estas vacunas hubiesen estado disponibles antes del brote, podrían haberse salvado muchas más vidas.

191. Se necesitan urgentemente medidas para ampliar la investigación, el desarrollo y la producción de productos médicos esenciales para salvar vidas para enfermedades desatendidas, poniendo una atención especial en las enfermedades transmisibles que plantean un alto riesgo de causar crisis sanitarias. En la medida de lo posible, se deberían elaborar contramedidas médicas (como vacunas, diagnósticos y terapias) hasta un punto en el que pudieran ponerse a prueba y producirse con rapidez en caso de un brote. Para ello, es preciso abordar las cuestiones que se describen a continuación.

1. Establecer mejores incentivos para la investigación y el desarrollo relacionados con las enfermedades desatendidas

192. En primer lugar, es necesario ofrecer mejores incentivos para la investigación y el desarrollo relacionados con las enfermedades transmisibles y otros patógenos peligrosos desatendidos. Habida cuenta de que los incentivos del mercado no son suficientes, es necesario aplicar políticas públicas para garantizar que se destinan más recursos a estos patógenos. Hay distintos instrumentos de política económica que pueden ayudar a lograr este objetivo, con un mayor o menor grado de eficiencia y eficacia, como, por ejemplo, subvenciones directas públicas o privadas, desgravaciones fiscales para organizaciones que llevan a cabo actividades de investigación y desarrollo, premios para el logro de objetivos de investigación, compromisos anticipados de mercado, o la subvención de iniciativas de investigación básica.

193. También se podría considerar una serie de mecanismos de incentivos reglamentarios. Por ejemplo, en diciembre de 2014, el Congreso de los Estados Unidos aprobó el Proyecto de Ley de Tratamientos del Ébola, que añadió esa enfermedad al programa de permisos de examen prioritario de la Administración de Alimentos y Medicamentos. A través de este programa los creadores de una vacuna para enfermedades tropicales desatendidas que cumplen ciertos requisitos obtienen

⁷ Gracias a estos esfuerzos, el 31 de julio de 2015 se informó de que una vacuna experimental había mostrado resultados positivos en los ensayos clínicos en Guinea. También se han probado varias vacunas más en ensayos clínicos.

un permiso a través del cual la Administración de Alimentos y Medicamentos otorga prioridad al examen de cualquier otro producto en etapa de desarrollo.

194. La combinación óptima de diferentes incentivos financieros o reglamentarios que se utilice diferirá en función del patógeno y una variedad de otros factores. Sin embargo, para cualquier opción serán necesarios, en última instancia, fondos públicos. Por consiguiente, el Grupo apoya firmemente la creación de un fondo específico destinado a la investigación y el desarrollo, supervisado por la OMS (véase la recomendación 22 en la sección de medidas financieras y económicas).

2. Dar prioridad a las actividades de investigación en patógenos transmisibles

195. Si bien hay varios patógenos que no se han investigado suficientemente y que constituyen una amenaza para la humanidad, no está claro cuál es el que provocará el próximo brote y, por lo tanto, el que se debería considerar prioritario para la investigación. Hasta la fecha, distintos países y organismos han creado sus propias listas de prioridades, pero todavía no existe una lista prioritaria única basada en el riesgo. Ahora bien, las listas nacionales se concentran en las prioridades nacionales y pueden llegar a no dar prioridad a enfermedades que muy probablemente representen una amenaza internacional de magnitud. Además, en la investigación de las vacunas se hacen importantes concesiones. Un representante de la industria farmacéutica le contó al Grupo que para poder producir cantidades suficientes de una vacuna experimental contra el ébola para ensayos clínicos la empresa tuvo que suspender la producción de una vacuna contra el rotavirus, un patógeno que mata a un promedio de 450.000 niños por año. La falta de una lista prioritaria hace que los agentes del sector privado redistribuyan recursos siguiendo criterios determinados de manera individual. Esas concesiones deberían determinarse en base a un conjunto de prioridades establecido por un órgano político legítimo, y no por el sector privado.

196. El Grupo considera que es necesario dar prioridad a las enfermedades transmisibles que reciben apoyo público para la investigación y el desarrollo. Además, el Grupo opina que la OMS es la institución adecuada para establecer prioridades entre los patógenos que no se investigan suficientemente y plantean un riesgo de crisis sanitarias. La OMS también debería ayudar a determinar las plataformas tecnológicas más adecuadas para la investigación de contramedidas médicas. El objetivo de esta iniciativa es crear diagnósticos y guiar las vacunas o las terapias, según proceda, a través de los ensayos de Fase I para los 20 principales patógenos transmisibles prioritarios que plantean un riesgo de una futura crisis de salud.

Recomendación 13

La OMS coordina el establecimiento de prioridades de las actividades de investigación y desarrollo a nivel mundial para las enfermedades desatendidas que plantean la mayor amenaza de convertirse en crisis sanitarias.

- La secretaria de la OMS, basándose en los aportes de los grupos consultivos sobre inmunización e investigaciones, crea y mantiene una lista prioritaria de las enfermedades transmisibles que más probablemente provoquen una crisis de salud y a las que, por lo tanto, hay que dar una atención prioritaria en el desarrollo de vacunas, terapias y diagnósticos rápidos. El establecimiento de prioridades debe basarse en criterios claramente definidos.

- La OMS ayuda a detectar las plataformas tecnológicas que tienen la capacidad de acelerar la producción de vacunas y terapias para combatir los brotes de enfermedades provocadas por nuevos patógenos o cepas.

3. Asegurar que los medicamentos sean accesibles y asequibles

197. Incluso cuando se dispone de vacunas y terapias, con frecuencia la gente que más las necesita no puede pagarlas o acceder a ellas. En particular, el Grupo reconoce la importancia de asegurar un acceso adecuado a las vacunas a las poblaciones afectadas por brotes de enfermedades transmisibles. Hay varios programas, como la GAVI, cuyo objetivo es poner las vacunas y los medicamentos existentes a disposición de los países en desarrollo a bajo costo. Del mismo modo, los países pueden aprovechar las flexibilidades vigentes previstas en el Acuerdo sobre los ADPIC de la Organización Mundial del Comercio (OMC) para proteger la salud o proporcionar acceso a los medicamentos para todos, como se propugna en el Objetivo 3 b) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁸. El Grupo insta a que se adopten medidas adicionales para apoyar el acceso y la asequibilidad de los medicamentos.

198. Para acceder a los medicamentos no basta con la posibilidad de obtener medicamentos a precios asequibles en el mercado internacional. También se requiere un sistema eficaz de distribución y administración de medicamentos a nivel de las comunidades, en particular en las zonas rurales. En el pasado, las iniciativas destinadas a ayudar a los países en desarrollo con medicamentos y vacunas asequibles a veces no han dado frutos porque el sistema de salud no funcionaba como debía, porque las drogas no podían llegar a los pacientes o porque no podía garantizarse un seguimiento regular del paciente. En este contexto, las instituciones como la GAVI y el Fondo Mundial dedican un porcentaje de sus recursos a fortalecer los sistemas de salud y las cadenas de suministro.

Recomendación 14

Se adoptan medidas urgentes para garantizar el acceso universal a los medicamentos, las vacunas y otros productos esenciales para salvar vidas, así como su asequibilidad.

- Habida cuenta de la brecha entre la necesidad de recuperar las inversiones y la financiación de investigaciones y la necesidad de contar con medicamentos asequibles, se ponen a disposición fondos públicos adicionales para apoyar el acceso universal a los medicamentos, las vacunas y otros productos esenciales para salvar vidas, así como su asequibilidad.

⁸ El objetivo 3 b) dice: “Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos”.

- Redoblar los esfuerzos para garantizar el acceso a los productos médicos, así como su asequibilidad, por intermedio de la GAVI, el Fondo Mundial y otras iniciativas, como el UNITAID.
- Aumentar el uso de productos genéricos para hacer más asequibles los medicamentos.
- Los países y asociados facilitan el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública. En este contexto, se debería aprovechar de manera sistemática la totalidad de las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC.

4. Garantizar el intercambio oportuno de biomateriales

199. Cuando aparece un brote se elaboran contramedidas médicas para el nuevo patógeno que vuelven necesario hacer llegar muestras con celeridad a laboratorios de investigación y desarrollo en todo el mundo. Si bien los países afectados por un brote no están obligados formal y jurídicamente a hacerlo, la mayoría ha compartido voluntariamente biomateriales y muestras pertinentes con la OMS y laboratorios de investigación internacionales a fin de acelerar el desarrollo de las medidas de respuesta. Sin embargo, en los últimos años ha aumentado la preocupación por la distribución equitativa de los beneficios, incluidas las vacunas o tratamientos, procedentes de estas muestras. En un caso muy publicitado en 2006, el Ministro de Relaciones Exteriores de Indonesia anunció que su país no compartiría con laboratorios extranjeros la cepa del virus H5N1 (gripe aviar) que estaba afectando al país. Al explicar su decisión, el Gobierno de Indonesia señaló específicamente que había científicos extranjeros llevando a cabo una investigación sobre el brote sin la participación de Indonesia. Por otra parte, se señaló que una empresa multinacional estaba desarrollando una vacuna contra el virus, pero que no quedaba claro si las personas más afectadas por el virus en Indonesia iban a contarse entre los beneficiarios. El Gobierno de Indonesia justificó su decisión en parte remitiéndose al Convenio sobre la Diversidad Biológica, en el que se afirma que los países tienen derechos soberanos sobre sus propios recursos biológicos, e incluye los principios del acceso a los recursos biológicos y participación en los beneficios. La causa desencadenó un debate sobre la necesidad de obtener una remuneración equitativa y participación en los beneficios por el suministro de biomateriales, y fue la base sobre la que se plantearon las negociaciones de dos instrumentos jurídicos sobre la cuestión.

200. El primero es el Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización. El Protocolo de Nagoya, que se aprobó en 2010 como un acuerdo complementario del Convenio sobre la Diversidad Biológica, brinda un marco jurídico para la participación justa y equitativa en los beneficios derivados de la utilización de los recursos genéticos y entró en vigor en 2014. Si bien el Protocolo se ocupa del intercambio de biomateriales en el contexto de situaciones de emergencia, algunos observadores consideran que sus procedimientos son demasiado engorrosos para garantizar una respuesta rápida y otros expertos no están seguros de que el Protocolo se aplique a nuevos patógenos.

201. El segundo es el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica de la OMS (Marco de PIP), negociado por los Estados miembros de la OMS a la luz de la

decisión adoptada por Indonesia en 2006. El Marco de PIP establece un proceso simplificado para el intercambio de virus gripales con potencial pandémico y crea mecanismos para garantizar un acceso justo y equitativo a los beneficios que se derivan de ese intercambio de muestras, sobre todo en el caso de vacunas pandémicas. Sin embargo, el Marco de PIP se aplica exclusivamente al conjunto limitado de virus gripales con potencial pandémico y no incluye el intercambio de otros patógenos, incluido el ébola y el SRM. Además, el Marco no es jurídicamente vinculante en el ámbito del derecho internacional y no se ha hecho un seguimiento sistemático de sus disposiciones de carácter voluntario sobre la participación en los beneficios.

202. A pesar de la existencia de dos instrumentos que tratan del intercambio de biomateriales, sigue habiendo una considerable incertidumbre jurídica sobre las condiciones en que podrían o deben compartirse futuros nuevos patógenos. El Grupo considera que deberían elaborarse directrices claras y jurídicamente vinculantes para el intercambio de biomateriales en el contexto de una crisis sanitaria, con disposiciones sobre la participación justa y equitativa de los beneficios. El Grupo recomienda que la OMS invite a sus Estados miembros a negociar una ampliación del alcance del Marco de PIP, que incluya otros patógenos además de los virus gripales, y que tenga en cuenta los principios del Protocolo de Nagoya.

Recomendación 15

La OMS convoca a sus Estados miembros para renegociar el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica con miras a incluir otros patógenos nuevos, convertirlo en un instrumento jurídicamente vinculante y lograr un equilibrio adecuado entre las obligaciones y los beneficios, de conformidad con los principios del Protocolo de Nagoya de 2010 al Convenio sobre la Diversidad Biológica.

5. Promover investigaciones médicas no farmacológicas

203. Más allá de la demanda de más actividades de investigación y desarrollo de vacunas, diagnósticos y terapias, también es necesario promover la innovación en la investigación de los instrumentos, equipo y enfoques no farmacológicos que son esenciales para hacer frente a las crisis sanitarias. La aplicación de los servicios de salud móvil (mSalud) y el uso de teléfonos móviles por los agentes de salud comunitarios para registrar, rastrear y compartir datos es una innovación importante en la vigilancia sobre el terreno, que merece ampliarse. La OMS debería coordinar y fomentar las investigaciones en nuevas medidas innovadoras para la preparación, respuesta y vigilancia de la salud. El desarrollo de la capacidad nacional de investigación científica y de ingeniería también ayudará a que los mecanismos de respuesta nacionales sean más flexibles y se adapten mejor en sus respuestas a las crisis sanitarias.

6. Fomentar la capacidad de investigación y desarrollo en los países en desarrollo

204. Existe una disparidad considerable entre las capacidades de investigación, desarrollo y fabricación de medicamentos de los países desarrollados y las economías emergentes por un lado y los países menos adelantados por otro. El establecimiento de capacidades, aunque más no sea básicas, de investigación, desarrollo y fabricación en los países menos adelantados ayudaría a crear capacidades epidemiológicas y oportunidades de capacitación para los médicos

locales. También serviría para aprovechar los conocimientos locales sobre las enfermedades prevalentes en una región, ayudar a crear la capacidad de laboratorio y asegurar un mayor abastecimiento nacional de contramedidas médicas en caso de brotes epidémicos.

Recomendación 16

La OMS dirige los esfuerzos para ayudar a los países en desarrollo a crear capacidades de investigación y fabricación para vacunas, diagnósticos y terapias, entre otras cosas mediante la cooperación Sur-Sur.

- La OMS y sus asociados aceleran el apoyo técnico y financiero a iniciativas tales como la Red de Fabricantes de Vacunas de los Países en Desarrollo.
- Se realizan esfuerzos para aprovechar los conocimientos especializados disponibles de la cooperación Sur-Sur.
- Se desarrollan y apoyan programas de investigación crítica en biología y ciencias sociales, servicios de veterinaria, ingeniería y esferas conexas.

7. Elaborar protocolos para la investigación médica en situaciones de brotes

205. Es necesario desarrollar mejores protocolos para la realización de ensayos clínicos en situaciones de brote. El brote de ébola en África Occidental ha demostrado que la aplicación de protocolos normalizados para los ensayos de nuevas drogas, incluidos los ensayos de control aleatorizados, en el contexto de una crisis sanitaria aguda dio lugar a que se planteara una serie de cuestiones éticas. En particular, se expresó preocupación respecto de si, en el contexto de la propagación de una enfermedad con una alta tasa de mortalidad, se justificaba separar a pacientes de un “grupo de control” a los que no se les daría la medicación experimental, como ocurre de forma habitual en ensayos de control aleatorizados. También se plantearon inquietudes por que no todos los pacientes que participaban en los ensayos habían recibido información suficiente sobre los riesgos. Muchas de estas preocupaciones deberían abordarse mediante la creación de normas pertinentes por la OMS.

8. Crear un tratado sobre medidas de emergencia en una emergencia de salud pública de importancia internacional

206. El Grupo considera que para atender a los requisitos reglamentarios y encarar otros desafíos para acelerar una respuesta internacional en caso de emergencia de salud pública de importancia internacional se debería negociar un acuerdo internacional que estipule medidas extraordinarias con plazos definidos que faciliten una respuesta rápida a nivel mundial. Estas “medidas de emergencia” podrían incluir disposiciones especiales sobre el intercambio de biomateriales; protocolos para ensayos de vacunas experimentales en el contexto de brotes; acceso a contramedidas médicas y vacunas; visados y certificación médica automáticos para personal de respuesta preseleccionado; acceso a evacuación médica a lugares de tratamiento predeterminados; derecho de sobrevuelo y exenciones de aduana para materiales de respuesta pertinentes.

C. Medidas financieras y económicas

207. Para establecer un sistema más eficaz de prevención y respuesta ante crisis sanitarias hará falta una inversión importante y sostenida. Sin una financiación sostenida no se podrá asegurar una preparación adecuada para la detección temprana de brotes de enfermedades transmisibles, ni poner en marcha un sistema de respuesta temprana integral, ni dirigir la investigación y el desarrollo para apoyar estos esfuerzos. Sin embargo, en comparación con el costo considerable que generan las epidemias, tanto por la pérdida de vidas como de oportunidades de crecimiento económico, las inversiones que se necesitan son pequeñas.

208. En sus consultas, el Grupo observó que es necesario tener en cuenta seis cuestiones diferentes relacionadas con las finanzas.

1. La movilización de financiación para la capacidad básica que establece el Reglamento Sanitario Internacional

209. La financiación constituye un obstáculo crucial para la aplicación de la capacidad básica que establece el RSI. Si bien el Grupo exhorta a todos los países a que asignen una mayor proporción de sus presupuestos nacionales al sector de la salud, en particular creando la capacidad básica que establece el RSI, también reconoce que muchos países, en especial los países menos adelantados, necesitarán para ello una asistencia internacional considerable.

210. Ya se han puesto en marcha varias iniciativas para ayudar a los países con la aplicación del RSI y se deberían cumplir los compromisos contraídos en ese sentido. Por ejemplo, en 2014 los Estados Unidos implementaron la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial, junto con varios países asociados y la OMS, la Organización Mundial de Sanidad Animal y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). La Agenda se compromete a ayudar a 30 países a lograr la capacidad básica que establece el RSI durante los próximos cinco años. Los Estados Unidos, individualmente, se comprometieron a aportar 1.000 millones de dólares para apoyar este esfuerzo. Si bien el mandato de la Agenda no se limita a la capacidad básica que establece el RSI, constituye una valiosa fuente de financiación y conocimientos especializados para apoyar la aplicación del RSI en los países en desarrollo. En octubre de 2015, los Ministros de Salud del Grupo de los Siete convinieron en ofrecerse a ayudar a un mínimo de 60 países, incluidos los países de África Occidental, a lo largo de los próximos cinco años, a aplicar el RSI, incluso a través de la Agenda y sus metas comunes, así como de otras iniciativas multilaterales. Esas iniciativas deberían ampliarse y tenerse en cuenta entre las fuentes de apoyo financiero para el proyecto de examen periódico del cumplimiento de los requisitos de capacidad básica que establece el RSI.

211. A fin de complementar los esfuerzos bilaterales y multilaterales destinados a apoyar el desarrollo de la capacidad básica que establece el RSI, el Grupo recomienda que la OMS sea la responsable de la búsqueda de fuentes adicionales de apoyo financiero y técnico. El objetivo debería ser asegurar que todos los países que participan en el examen periódico del cumplimiento de los requisitos de capacidad básica que establece el RSI gozan de apoyo financiero garantizado, según sea necesario, para subsanar las deficiencias señaladas en el examen.

Recomendación 17

La Directora General de la OMS dirige los esfuerzos urgentes, en asociación con el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo, otras organizaciones internacionales, asociados, fundaciones y el sector privado, para movilizar el apoyo financiero y técnico para desarrollar la capacidad básica que establece el RSI.

2. Asegurar una financiación sostenible para un centro de la OMS para la preparación y respuesta ante situaciones de emergencia

212. Incluso si todos los países logran cumplir los requisitos de capacidad básica que establece el RSI, sigue existiendo la necesidad de una sólida capacidad operacional central para responder rápidamente en caso de brotes importantes que el país por sí mismo no podría contener. La OMS es el principal organismo de las Naciones Unidas en la esfera de la salud y por ello debería desarrollar esa capacidad estableciendo un centro de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia, como se describe en la recomendación 7. Dado que el centro propuesto llevaría a cabo actividades básicas de vigilancia y respuesta, debería financiarse mediante cuotas aportadas a la OMS.

213. En este contexto, el Grupo observó que, si bien los fondos aportados para fines específicos han aumentado de manera significativa, el presupuesto prorrateado de la OMS hace varios años que no cambia. El actual presupuesto anual prorrateado de la OMS, la organización principal en materia de salud mundial, asciende a 465 millones de dólares. La labor de respuesta de emergencia de la Organización se financia exclusivamente con contribuciones voluntarias. Como resultado de ello, la financiación de esas actividades básicas es imprevisible y a menudo insuficiente. En algunos casos, la capacidad de vigilancia, preparación y respuesta de la OMS recibe menos de la mitad de los fondos necesarios.

214. A la luz de lo que antecede, el Grupo alienta firmemente a los Estados miembros a que aumenten la financiación prorrateada de la Organización en un 10% como mínimo. Estos fondos adicionales deberían utilizarse para sufragar algunas de las nuevas funciones asignadas a la OMS, entre ellos su examen periódico reforzado de la capacidad básica que establece el RSI y los gastos de funcionamiento de un centro de la OMS para la preparación y respuesta ante situaciones de emergencia.

Recomendación 18

Los Estados miembros de la OMS aumentan sus cuotas al presupuesto de la OMS en un 10% como mínimo.

215. Habida cuenta de las considerables necesidades financieras que surgen del fortalecimiento de la capacidad de respuesta de emergencia de la OMS, un bien público mundial, el Grupo recomienda también que el 10% de todas las contribuciones voluntarias a la OMS, además de los gastos de apoyo a los programas, se asignen obligatoriamente a apoyar la capacidad de respuesta de emergencia de la Organización.

Recomendación 19

El 10% de todas las contribuciones voluntarias a la OMS, más allá de los gastos de apoyo a los programas, está dirigido obligatoriamente a apoyar el centro de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia.

3. La financiación de una sólida respuesta de emergencia

216. Hasta ahora la mayoría de las actividades de respuesta de emergencia para contener un brote se financian con contribuciones voluntarias. No se dispone de un monto considerable de recursos que podría utilizarse con poca antelación. Cuando se declara una emergencia de salud pública de importancia internacional, en general hay más fondos disponibles porque un mayor número de asociados se compromete a brindar apoyo. Sin embargo, la entrega de los fondos prometidos puede llevar un tiempo valioso que tal vez retrase los esfuerzos de respuesta inicial. Es necesario llenar esa laguna hasta que se reciben las contribuciones voluntarias prometidas para la respuesta. Así pues, si bien los fondos de contribuciones voluntarias son imprescindibles, no pueden reemplazar una financiación oportuna y predecible.

217. Consciente de esta necesidad, la OMS ha establecido recientemente un Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias, con una dotación de 100 millones de dólares. El Grupo apoya el establecimiento de un fondo de esa índole. Teniendo en cuenta que con una respuesta temprana y enérgica se multiplican las posibilidades de frenar un brote, el Grupo opina que si se dotara al Fondo de 300 millones de dólares se aumentaría sobremanera su eficacia. El Fondo para Contingencias debería financiarse íntegramente con cuotas (según la escala de cuotas vigente) y reponerse con el mismo método.

218. Además, una gran parte de la asistencia voluntaria se hace a través de canales bilaterales y se dirige a organizaciones o grupos específicos, lo cual quita a la OMS el apoyo necesario para coordinar eficazmente los programas de respuesta. Por lo tanto, el nuevo Fondo de Contingencia debería estar a disposición no solo de la OMS sino también de otros equipos de personal de respuesta sanitaria.

Recomendación 20

Los Estados Miembros financian el Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias de la OMS dotándolo de un mínimo de 300 millones de dólares para fines de 2016.

- El Fondo para Contingencias puede ser usado por miembros del Grupo de acción sanitaria, bajo la coordinación de la OMS.
- A fin de asegurar una financiación previsible, el Fondo para Contingencias es financiado íntegramente por los Estados miembros según la escala de su cuota vigente. Cuenta con el total de los fondos hasta finales de 2016 y se lo repone inmediatamente al agotarse.

219. Del mismo modo, el mecanismo de financiación de emergencia propuesto por el Banco Mundial para casos de pandemia podría desempeñar un papel fundamental en la financiación de la respuesta temprana. El mecanismo usaría una combinación de instrumentos de financiación en condiciones favorables y mecanismos de seguro innovadores para poner a disposición de los países afectados fondos tan pronto como se han cumplido criterios definidos previamente en relación con un brote. De este modo los países podrían contar con la muy necesaria asistencia financiera en los primeros días de una crisis.

Recomendación 21**El Banco Mundial pone en marcha rápidamente el mecanismo de financiación de emergencia para casos de pandemia.**

- Las primas anuales del mecanismo correspondientes a los países menos adelantados son sufragadas con recursos adicionales de los asociados.
- Las autoridades nacionales del país afectado establecen las prioridades para la asignación de fondos del mecanismo de conformidad con los planes de respuesta nacionales y las organizaciones apropiadas prestan apoyo técnico.

4. Financiación de la investigación y el desarrollo para enfermedades desatendidas con potencial de crisis sanitaria

220. Teniendo en cuenta el elevado costo del desarrollo de vacunas, se necesitarán fondos considerables para asegurar que se realizan más actividades de investigación y desarrollo relacionadas con las enfermedades desatendidas. En 2013, solo se habían gastado 3.200 millones de dólares en más de 20 enfermedades tropicales desatendidas, mientras que al menos 500 millones de dólares se destinaron a desarrollar una vacuna contra el ébola durante el brote de ese virus. Es necesario contar con una financiación suficiente para prestar apoyo al desarrollo de vacunas o a las medidas contra la lista priorizada de patógenos que más probabilidades tienen de provocar una crisis sanitaria (véase la recomendación 13). El objetivo es asegurar la disponibilidad de vacunas y medicamentos en etapa experimental que hayan pasado la fase I de los ensayos clínicos, a fin de poder llevar a cabo ensayos rápidos y aumentar la producción en caso de brote.

221. El Grupo recomienda la creación de un fondo de 1.000 millones de dólares dedicado a apoyar la investigación y el desarrollo de terapias, vacunas y diagnósticos para las enfermedades transmisibles desatendidas que la OMS considera prioritarias. El fondo también debería utilizarse, según sea necesario, para apoyar e incentivar la investigación y el desarrollo durante una crisis. Debería reponerse anualmente y considerarse parte integrante de la preparación mundial para las crisis sanitarias.

222. A fin de incentivar la investigación y el desarrollo con la mayor eficacia, las estructuras de incentivos utilizados deberían ser las apropiadas para cada patógeno identificado y servirse de la amplia gama de mecanismos reglamentarios y económicos existentes.

Recomendación 22**La OMS supervisa el establecimiento y la gestión de un fondo internacional de por lo menos 1.000 millones de dólares por año para apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas, terapias y diagnósticos rápidos para enfermedades transmisibles desatendidas.**

- Este fondo tiene por objeto crear una protección frente a futuras crisis sanitarias y debería complementar los mecanismos existentes que apoyan los esfuerzos de investigación y desarrollo para descubrir vacunas, diagnósticos y terapias para las enfermedades transmisibles endémicas existentes como el paludismo, la tuberculosis y el VIH/SIDA.

- El fondo se utiliza para incentivar los esfuerzos de investigación y desarrollo de vacunas, terapias y diagnósticos rápidos para la lista de patógenos prioritarios seleccionados por los comités consultivos de la Asamblea Mundial de la Salud.
- En función de cada patógeno, se utilizan métodos selectivos para incentivar la investigación y el desarrollo, con el fin de lograr resultados rápidos al menor costo.

5. La mitigación de las consecuencias económicas de las crisis sanitarias

223. La experiencia con los brotes de SARS, H1N1 y ébola ha demostrado que las enfermedades transmisibles suelen tener consecuencias económicas importantes que afectan a muchos más países que los damnificados iniciales. En el caso del brote de ébola en África Occidental, unos 70 países impusieron más de 500 restricciones de viajes o al comercio de mercancías de los países afectados, además de las medidas temporales recomendadas por el Comité de Emergencias de la OMS. Estas restricciones, muchas de las cuales siguen en pie, han significado importantes costos económicos para los países afectados y al mundo entero.

224. Hace falta adoptar medidas para evitar ese tipo de consecuencias económicas por tres motivos. En primer lugar, las consecuencias de una contracción económica causada por una enfermedad suelen ser mucho más amplias y devastadoras que el brote en sí y, por consiguiente, deberían tenerse en cuenta por separado. En segundo lugar, el temor de los efectos económicos negativos que pueden sobrevenir tras la declaración pública de un brote es un importante desincentivo para comunicar a tiempo los brotes a la OMS. En tercer lugar, las restricciones impuestas a los viajes y al comercio pueden obstaculizar los esfuerzos de respuesta internacional al impedir los viajes de personal de respuesta o la importación de materiales de respuesta críticos. Por lo tanto, la creación de mecanismos mejores para prevenir las consecuencias económicas de las crisis sanitarias, o hacerles frente, es parte integrante de cualquier sistema mundial que tenga por fin responder a esas crisis.

225. Habida cuenta de que el objetivo explícito del RSI es lograr un equilibrio entre las preocupaciones relacionadas con la salud pública y la libre circulación de personas y mercancías, el Grupo considera que el Comité de Examen del RSI es el órgano que está en mejores condiciones de examinar las formas de prevenir las consecuencias económicas negativas de las crisis sanitarias, o de hacerles frente, en particular después de declarada una emergencia de salud pública de importancia internacional. De todos modos, el Grupo observa que podrían estudiarse varias vías para lograrlo.

226. En primer lugar, se podrían crear mecanismos financieros para ayudar a compensar a los países afectados por una emergencia de salud pública de importancia internacional por las pérdidas económicas resultantes de las restricciones de viaje y comerciales impuestas por otros países y/o como resultado de decisiones tomadas por el sector privado. En este contexto se podría estudiar la posibilidad de usar mecanismos basados en un seguro, similares al mecanismo de financiación de emergencia para casos de pandemia, al igual que la utilización de mecanismos de indemnización no basados en un seguro, tales como subvenciones o préstamos.

227. En segundo lugar, podría considerarse la posibilidad de reforzar los mecanismos de cumplimiento del RSI. Hasta la fecha, las recomendaciones

temporales que hace la Directora General de la OMS al declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional no son jurídicamente vinculantes para los Estados miembros. El RSI reconoce explícitamente el derecho de los Estados partes de aplicar medidas de salud que logren un mayor nivel de protección que las recomendadas por la OMS. Sin embargo, conforme al RSI esas medidas no deben ser más restrictivas para el comercio y los viajes que lo necesario y deben basarse en principios científicos, pruebas científicas disponibles y/o la orientación de la OMS. Esas medidas deben señalarse a la atención de la OMS, que podría pedir a los Estados miembros que revean su aplicación. Sin embargo, actualmente en el RSI no se establece que haya que tomar ninguna decisión ulterior si un país pone en práctica una medida que no está basada en pruebas ni principios científicos. Por lo tanto, podría considerarse la posibilidad de reforzar las facultades de examen de la OMS y de otorgar una indemnización en caso de que se determine que las restricciones de viaje y comerciales se han excedido de las recomendaciones temporales de la OMS sin la debida justificación.

228. En tercer lugar, se deberían encontrar mecanismos para contrarrestar las restricciones de viajes excesivas y la prohibición de visados en caso de emergencias de salud pública de importancia internacional. Dada la importancia de que haya un número suficiente de personal médico y de asistencia humanitaria para responder a las crisis sanitarias, se debería prestar especial atención a las restricciones que impiden los viajes de estos trabajadores.

229. Por último, es preciso estudiar las repercusiones que tiene el temor de la población en general. Una proporción considerable de los efectos económicos negativos asociados con una emergencia de salud pública de importancia internacional deriva de la reacción instintiva de aversión de los consumidores privados, como los turistas. Como el miedo de la población no se puede reglamentar, es necesario hacer que las personas adquieran una mayor conciencia de las situaciones para que puedan tomar decisiones con conocimiento de causa acerca de los riesgos relacionados con los viajes a los países afectados o la compra de artículos provenientes de esos países.

Recomendación 23

El Comité de Examen del RSI considera la posibilidad de establecer mecanismos para responder rápidamente a las medidas adoptadas unilateralmente por los Estados y otros agentes cuando contravienen las recomendaciones temporales formuladas por la OMS como parte de un anuncio de emergencia de salud pública de importancia internacional.

230. El Grupo observa que hay margen para compatibilizar en mayor medida el RSI y los acuerdos de la OMC con respecto a las restricciones comerciales impuestas en el contexto del RSI.

231. Existe la posibilidad de que las restricciones comerciales impuestas en respuesta a un brote se puedan amparar tanto en el RSI como en el marco jurídico de la OMC. Si surge una controversia acerca de una medida de restricción comercial adoptada en respuesta a las notificaciones del RSI, los países afectados pueden impugnarla con arreglo a cualquiera de los dos acuerdos jurídicos, dado que ninguno tiene claramente precedencia sobre el otro.

232. Sin embargo, los procedimientos que se contemplan para la solución de controversias son muy diferentes. El RSI insta a los Estados partes “a resolver la

controversia negociando entre ellos o de cualquier otra forma pacífica que elijan”. En caso de que no se solucione por esos medios, las partes podrán acordar que la controversia se someta a la Directora General de la OMS. En cambio, la OMC ha institucionalizado un firme mecanismo de solución de controversias que puede obligar jurídicamente a los gobiernos a retirar las medidas comerciales que violan disposiciones de la OMC, o autorizar a la parte damnificada a retirar concesiones comerciales a cambio.

233. En caso de que una medida comercial adoptada en respuesta a una notificación del RSI se impugne en el ámbito de la OMC, es necesario garantizar que se toman adecuadamente en consideración las normas internacionales y las directrices pertinentes emitidas por la OMS (incluidas las recomendaciones temporales formuladas por la Directora General al declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional). También debe considerarse la posibilidad de fortalecer la condición jurídica de la orientación conexas de la OMS en el marco jurídico de la OMC del mismo modo que se logró con las normas, directrices o recomendaciones de otras tres organizaciones en el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias de la OMC.

234. Por consiguiente, el Grupo propone que las secretarías de la OMC y la OMS convoquen a una comisión conjunta de expertos para estudiar los dos marcos jurídicos y formular recomendaciones para compatibilizar en mayor medida el tratamiento de las medidas comerciales restrictivas impuestas por razones de salud pública.

Recomendación 24

La OMC y la OMS convocan una comisión conjunta oficiosa de expertos para estudiar las posibles medidas para compatibilizar en mayor medida los marcos jurídicos de la OMC y el RSI en relación con las restricciones comerciales impuestas por razones de salud pública.

6. Fortalecimiento de la eficacia de la ayuda y la rendición de cuentas

235. Varios interlocutores nacionales plantearon inquietudes acerca de la fragmentación de los programas internacionales que se aplicaban en sus países sin la debida coordinación con las autoridades competentes. Esto suele provocar una fragmentación de los esfuerzos internacionales, crear una duplicación de la programación y reducir la eficacia de la ayuda. Teniendo esto en cuenta, el Grupo reitera la importancia de la adhesión a los compromisos internacionales vigentes en esta esfera.

Recomendación 25

Los países y los asociados adhieren a la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, el Programa de Acción de Accra y el acuerdo de la Alianza de Busan, particularmente en lo que respecta a la coordinación del apoyo, la armonización de los esfuerzos y la rendición de cuentas mutua.

- Todos los agentes internacionales informan sistemáticamente a los gobiernos de sus contribuciones de ayuda a los países y coordinan sus programas con los ministerios competentes.

- En una situación de respuesta de emergencia, el Coordinador del Socorro de Emergencia se encarga de apoyar al Gobierno para asegurar que la asistencia internacional se coordine eficazmente.

VI. Actividades de seguimiento y aplicación

236. El brote del ébola en África Occidental en 2014 es solo el más reciente de una serie de brotes de enfermedades transmisibles que podrían haberse contenido más rápidamente. Si se hubiese contado con un esquema sanitario mundial eficaz, se habría reducido sobremanera el alcance del brote y evitado miles de casos y muertes. En el presente informe se esbozan las reformas esenciales que deben aplicarse para establecer un sistema de este tipo y hacer que el mundo sea más seguro frente a las amenazas de pandemias.

237. No obstante, el Grupo está profundamente preocupado por el hecho de que, como ha ocurrido tantas veces en el pasado, se diluya la inercia política para hacer cambios decisivos y no se hagan las tan necesarias inversiones. La historia reciente no inspira confianza.

238. En los últimos 20 años, se llevaron a cabo varias iniciativas similares para proteger en mayor medida al mundo de las enfermedades transmisibles. Todas ellas fueron el resultado de la experiencia de desastres ocurridos poco antes y todas resultaron, en última instancia, infructuosas.

239. Irónicamente, la lentitud de la respuesta a un brote de ébola en Kikwit, en la República Democrática del Congo, así como dos brotes de otras enfermedades, fue lo que en 1995 motivó al mundo a hacer una revisión del RSI con el fin de reforzar la respuesta mundial. Sin embargo, el ímpetu de esa motivación se evaporó y las negociaciones se estancaron.

240. La epidemia del SRAS de 2003 fue la que generó el impulso necesario para concluir las negociaciones sobre el RSI, que entró en vigor en 2007.

241. En 2009, a raíz de un brote de gripe pandémica H1N1 que provocó la muerte de unas 300.000 personas se hizo una revisión del RSI. En el examen se recomendó la aplicación de muchas de las mismas reformas que recomienda el Grupo, incluida la creación de un fondo para contingencias para respuestas en casos de pandemia, la creación de una fuerza de trabajo sanitaria a nivel mundial y el fortalecimiento de la capacidad de respuesta a brotes de la OMS. La mayoría de esas recomendaciones no se aceptaron.

242. Por el contrario, en 2009/10, los Estados miembros disminuyeron el presupuesto bienal general de la OMS en 500 millones de dólares y se redujo significativamente la plantilla de las secciones de la Organización de respuesta de emergencia. En mayo de 2015, cuando el brote del ébola apenas había pasado su nivel máximo, la Asamblea Mundial de la Salud se opuso a una propuesta de aumento de solo el 5% en el presupuesto prorrateado de la OMS. Y en el momento de redactar el presente informe, el total de las contribuciones al Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias de la OMS, recientemente establecido, asciende a 14,3 millones de dólares, un monto muy alejado de los 100 millones de dólares previstos.

243. Ya nuevas cuestiones, como las migraciones y los conflictos, han hecho desaparecer la amenaza de las pandemias de los titulares de la prensa, lo cual seguramente provocará un debilitamiento del ímpetu y una disminución aún mayor de la financiación potencial destinada a la respuesta a situaciones de crisis sanitarias.

244. Se informó al Grupo de que la ausencia de liderazgo político en los planos nacional, regional e internacional con respecto a la preparación y respuesta ante las crisis sanitarias ha sido uno de los principales factores que socavaron la eficacia de las medidas. La adopción de medidas prioritarias relativas a las pandemias debe venir de los Jefes de Estado y de Gobierno.

245. Así pues, el Grupo está convencido de que se necesita un mecanismo para mantener el impulso actual y asegurar la aplicación de reformas cruciales. Por consiguiente, el Grupo insta a la Asamblea General a crear un “consejo de alto nivel sobre crisis mundiales de salud pública”.

246. Este consejo estaría encargado de supervisar la aplicación de las recomendaciones de este Grupo y las reformas conexas en el fortalecimiento del esquema de salud pública mundial. Presentará informes periódicos sobre los progresos realizados a la Asamblea General.

247. A fin de asegurar que se sigue dando prioridad a la cuestión de las crisis sanitarias en la agenda mundial, el consejo también debería supervisar el establecimiento de un comité preparatorio para la organización de una cumbre sobre las crisis mundiales de salud pública, que se celebraría en 2018.

Recomendación 26

La Asamblea General de las Naciones Unidas crea de inmediato un consejo de alto nivel sobre crisis mundiales de salud pública para garantizar que el mundo esté preparado y sea capaz de responder a las crisis de salud pública.

- El consejo de alto nivel hace una vigilancia de las cuestiones políticas y no relacionadas con la salud vinculadas a los imperativos de prevención y preparación ante una epidemia potencial de proporciones mundiales que podría tener consecuencias sin precedentes en la economía, la circulación de las personas, la estabilidad y la recuperación. Reafirmará la orientación en tiempos de crisis sanitarias e intervendrá en ámbitos que resulten afectados ajenos al ámbito de la salud.
- El consejo de alto nivel supervisa la aplicación de las recomendaciones aprobadas por el Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias en los planos nacional, regional e internacional y presenta informes periódicos a la Asamblea General al respecto.
- El consejo de alto nivel asegura que las recomendaciones aprobadas por el Grupo de Alto Nivel se aplican oportunamente.
- El consejo de alto nivel está integrado por representantes políticos de entre 45 y 50 Estados Miembros, elegidos por la Asamblea General.
- El consejo de alto nivel apoya los preparativos sustantivos de una cumbre sobre las crisis mundiales de salud pública.

Recomendación 27

Se convoca una cumbre sobre las crisis mundiales de salud pública en 2018 para centrarse en la preparación y respuesta ante las crisis sanitarias.

248. El Grupo abriga la esperanza de que el consejo de alto nivel elevará la cuestión de las crisis mundiales de salud pública al lugar que le corresponde en la agenda internacional.

Anexo I

Glosario

1. **Cuotas** – Los montos que deben pagar los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud en su calidad de tales, que se calculan en función del producto económico y la población del país^a.

2. **Niveles de bioseguridad** – Cuatro niveles de bioseguridad que guían a laboratorios respecto de la forma de manipular y contener microbios y patógenos. Los niveles de bioseguridad quedan determinados por el grado de ineficacia, gravedad de la enfermedad, transmisibilidad y tipo de labor realizada, entre otros factores.

Nivel de bioseguridad 1 – hasta donde se sabe, los patógenos no causan sistemáticamente enfermedades en adultos sanos y el riesgo que pueden representar para el personal de laboratorios y el medio ambiente es mínimo (por ejemplo, *Escherichia coli*).

Nivel de bioseguridad 2 – los patógenos representan riesgos moderados para el personal de laboratorios y el medio ambiente (por ejemplo, *Estafilococo dorado*)^b.

Nivel de bioseguridad 3 – los patógenos pueden causar enfermedades graves o potencialmente letales mediante la transmisión por vía respiratoria (por ejemplo, *Mycobacterium tuberculosis*)^c.

Nivel de bioseguridad 4 – es el nivel más alto de seguridad biológica; hay un número reducido de laboratorios de este nivel en todo el mundo. Estos patógenos suponen un riesgo elevado de infecciones de transmisión por aerosol que suelen ser fatales y para las que a menudo no existen un tratamiento ni una vacuna (los virus del Ébola y de Marburgo son dos ejemplos de microbios con los que se trabaja en laboratorios con un nivel de bioseguridad 4)^d.

3. **Enfermedad transmisible** – Enfermedades que se propagan de una persona a otra o de un animal a una persona^e.

4. **Agente de salud comunitario** – Los agentes de salud comunitarios son miembros esenciales del personal de salud pública que cuentan con poca preparación^f. Entre las tareas que pueden realizar figuran las siguientes: visitas a domicilio; saneamiento ambiental; primeros auxilios y tratamiento de enfermedades comunes y sencillas; educación sanitaria, nutrición y seguimiento; salud materno-infantil y actividades de planificación familiar; atención de personas afectadas por la tuberculosis y el VIH/SIDA; lucha contra la malaria; tratamiento de infecciones agudas de las vías respiratorias; control de enfermedades transmisibles;

^a <http://www.who.int/about/funding/assessed/en/>.

^b <http://www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety/>.

^c <http://www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety/>.

^d <http://www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety/>.

^e <http://www.globalhealth.gov/global-health-topics/communicable-diseases/>.

^f <http://www.who.int/hrh/statistics/TechnicalNotes.pdf>.

actividades de desarrollo de la comunidad; remisiones a niveles de atención superiores; y mantenimiento de registros^g.

5. **Coronavirus** – El coronavirus es un tipo común de virus que solo suele causar una enfermedad de las vías respiratorias superiores de leve a moderada. Las excepciones son el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), detectado en 2003, y el síndrome respiratorio del Oriente Medio, coronavirus (SROM), que se detectó en 2012; ambos han provocado epidemias de diferentes proporciones y gravedad en los últimos 15 años^h.

6. **Proceso de desarrollo de medicamentos** – Un proceso de ensayo clínico de medicamentos que consta de distintas fases:

Ensayo de fase I: durante los estudios de la fase I, los investigadores ponen a prueba un medicamento nuevo para evaluar si es seguro.

Ensayo de fase II: en los estudios de la fase II, los investigadores administran el medicamento a un grupo de pacientes afectados por la enfermedad o afección para la que se está desarrollando, a fin de comprobar si este resulta eficaz y, una vez más, si es seguro.

Ensayo de fase III: los investigadores elaboran los estudios de la fase III con el fin de demostrar mejor la eficacia y seguridad en un grupo más grande de seres humanos (entre varios cientos y varios miles de personas) y de comparar el tratamiento con cualquier otro que existaⁱ.

7. **Marco de respuesta de emergencia** – La finalidad del marco de respuesta de emergencia es aclarar las funciones y responsabilidades de la OMS y proporcionar un enfoque común para su labor en situaciones de emergencia. En última instancia, el marco obliga a la OMS a actuar de manera urgente y previsible para prestar mejores servicios y rendir cuentas a las poblaciones afectadas por situaciones de emergencia^j.

8. **Endémico** – Se refiere a la presencia constante o prevalencia habitual de una enfermedad o un agente transmisible en la población de una zona geográfica determinada^k.

9. **Epidémico** – La presencia en una comunidad o región de casos de una enfermedad, de un comportamiento específico relacionado con la salud u otros hechos conexos que claramente exceden de lo que cabría esperar normalmente. El número de casos que indica la presencia de una epidemia varía según el agente, el tamaño y el tipo de población expuesta, la experiencia previa o la falta de exposición a la enfermedad, y el momento y el lugar en que se produce^l.

10. **Equipo médico extranjero** – Es una unidad aportada por una institución o país y desplegada por la OMS para proporcionar atención de urgencia a pacientes

^g http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers_brief.pdf.

^h <http://www.cdc.gov/coronavirus/>.

ⁱ <http://www.who.int/ictpr/glossary/en/#TrialPhase>.

^j <http://www.who.int/hac/about/erf/en/>.

^k <http://www.cdc.gov/opphss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html>.

^l <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>.

que sufren enfermedades epidémicas, lesiones traumáticas u otras afecciones que ponen en peligro su vida^m.

11. **Gripe H1N1** – Un virus de la gripe que inicialmente afectó a cerdos y causó una pandemia en 2009, pero que en la actualidad se distribuye estacionalmente por todo el mundoⁿ.

12. **Gripe H5N1** – Un virus de la gripe aviar con una tasa de mortalidad de alrededor del 60% que hasta el momento ha tenido un bajo nivel de transmisión entre personas^o.

13. **Atención sanitaria** – La prestación de servicios para mantener y mejorar la salud física y mental^p.

14. **Grupo de acción sanitaria** – Un grupo de acción es un conjunto de organismos que trabajan de consuno en pro de objetivos comunes en un sector particular de respuesta de emergencia^q. La OMS es el organismo rector del Grupo de Acción Sanitaria Mundial, que actualmente incluye como asociados a más de 30 organismos humanitarios, organizaciones e instituciones^r.

15. **Crisis sanitaria** – A los efectos del presente informe, el Grupo ha decidido centrar su atención en las crisis sanitarias derivadas de los brotes de enfermedades transmisibles nuevas, agudas o que han vuelto a aparecer y que amenazan con propagarse a nivel internacional. En general, una crisis sanitaria supera la capacidad del sistema de salud para contener la propagación y evitar el exceso de morbilidad y mortalidad, quizás a partir de un brote de una enfermedad, un desastre natural u otro acontecimiento.

16. **Personal sanitario** – Un amplio espectro de personas, desde las poco preparadas hasta las altamente calificadas, que contribuyen a la prestación de atención de la salud y servicios de salud pública^s.

17. **Sistema de salud** – Un sistema diseñado para coordinar todas las actividades necesarias para promover, restablecer o mantener la salud de las personas y las poblaciones^t.

18. **Niveles de emergencia humanitaria del Comité Permanente entre Organismos** – El Comité Permanente entre Organismos (CPO) es el principal mecanismo de coordinación interinstitucional en relación con la asistencia humanitaria en respuesta a emergencias importantes y complejas, bajo la dirección del Coordinador del Socorro de Emergencia^u. El CPO asigna a las emergencias humanitarias uno de tres niveles: el nivel 1, para emergencias que pueden ser gestionadas por las oficinas de los organismos en los países; el nivel 2, que representa las emergencias para las que es necesario movilizar recursos superiores a los de las oficinas en los países, como los de nivel regional; y el nivel 3, para las que hay que activar la totalidad del sistema de asistencia humanitaria.

^m http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt/en/.

ⁿ <http://www.cdc.gov/h1n1flu/updates/042609.htm>.

^o <http://www.cdc.gov/h1n1flu/updates/042609.htm>.

^p http://www.oxforddictionaries.com/us/definition/american_english/healthcare.

^q http://www.who.int/hac/techguidance/tools/manuals/who_field_handbook/annex_7/en/.

^r <http://www.who.int/hac/about/faqs/en/index3.html>.

^s http://www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf.

^t http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html.

^u <https://interagencystandingcommittee.org/iasec/membership-and-structure>.

Una emergencia de nivel 3 es una crisis humanitaria grave de aparición repentina, desencadenada por un conflicto o desastre natural que exige la movilización de todo el sistema a fin de responder más eficazmente a las necesidades humanitarias de las poblaciones afectadas. Esta medida excepcional solo se aplica en circunstancias excepcionales, cuando la gravedad justifica una movilización que supere los niveles previstos normalmente, y con reconocimiento de la complementariedad de los sistemas humanitarios. El Coordinador del Socorro de Emergencia es quien designa una emergencia de nivel 3, en consulta con los directores generales del CPO, sobre la base de un análisis de cinco criterios: la magnitud, la complejidad, la urgencia, la capacidad y el riesgo para la reputación^v.

19. **Prevención y control de infecciones** – Los principios básicos que se utilizan para prevenir la propagación de una infección a otras personas, en particular en los centros de atención de la salud y los lugares públicos^w.

20. **Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI)** – Un instrumento jurídico internacional que es vinculante para los 196 Estados partes en todo el mundo, incluidos todos los Estados miembros de la OMS. El objetivo del RSI es prevenir y controlar la propagación internacional de enfermedades, proteger a la población y dar respuesta a estos casos, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con la circulación y el comercio internacionales. Entre otras responsabilidades y obligaciones, el RSI exige que los países informen de brotes de determinadas enfermedades y denuncien acontecimientos vinculados a la salud pública a la OMS. La revisión más reciente del RSI fue convenida en 2005 y entró en vigor el 15 de junio de 2007^x.

21. **Capacidad básica conforme al RSI** – El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005 define la capacidad básica de cada uno de los 196 países que son partes en el RSI para velar por que todos los países puedan detectar posibles emergencias de salud pública de importancia internacional y dar una respuesta adecuada^y.

22. **Comité de Examen del RSI** – En el Reglamento Sanitario Internacional (2005) se dispone el establecimiento de un comité de examen tras la resolución de cada situación de crisis sanitaria que haya sido designada una emergencia de salud pública de importancia internacional. El Comité de Examen se encarga de evaluar la eficacia del RSI en lo que respecta a la prevención, la preparación y la respuesta a la crisis. En agosto de 2015 se estableció un Comité de Examen para analizar el funcionamiento del RSI en la epidemia de ébola en África Occidental.

23. **Países menos adelantados** – Los países menos adelantados son países de bajos ingresos que afrontan graves impedimentos estructurales al desarrollo sostenible. En la actualidad hay 48 países clasificados como países menos adelantados por las Naciones Unidas. El criterio de los ingresos se calcula en función del ingreso nacional bruto (INB) per cápita, y facilita información sobre la situación de ingresos de un país. El umbral para la inclusión se basa en un promedio de tres años del nivel del INB per cápita, que es el modo en que el Banco Mundial

^v <https://interagencystandingcommittee.org/node/2564>.

^w http://www.who.int/topics/infection_control/en/.

^x <http://www.who.int/ihr/about/faq/en/>

^y http://www.phe.gov/Preparedness/international/ihr/Documents/Cor%20Capacity%205_12.pdf

identifica a los países de bajos ingresos. El umbral para la inclusión en la categoría de países menos adelantados será 1.035 dólares en el examen de 2015^z.

24. **Síndrome respiratorio del Oriente Medio, coronavirus (SROM)** – Un virus zoonótico (transmitido de animales a personas) que se detectó por primera vez en la Arabia Saudita en 2012. El SROM es una enfermedad respiratoria viral causada por un coronavirus nuevo^{aa}.

25. **Salud móvil** – Un componente de la ciber salud que entraña la prestación de servicios sanitarios e información a través de las tecnologías móviles, como teléfonos móviles, tabletas y asistentes personales digitales (PDA)^{bb}.

26. **Protocolo de Nagoya del Convenio sobre la Diversidad Biológica** – El Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización es un acuerdo que complementa el Convenio sobre la Diversidad Biológica. Entró en vigor en 2014 y proporciona un marco jurídico transparente para la distribución justa y equitativa de los beneficios derivados de la utilización de los recursos genéticos. El Protocolo de Nagoya tiene por objeto crear una mayor seguridad jurídica y transparencia para los proveedores y los usuarios de recursos genéticos, al establecer condiciones más predecibles para el acceso a los recursos genéticos y ayudar a garantizar la participación en los beneficios cuando los recursos genéticos salen del país que los provee^{cc}.

27. **Centros Nacionales de Enlace para el RSI** – El Centro Nacional de Enlace desempeña un papel crucial en las comunicaciones a la OMS y a otros órganos nacionales que participan en la aplicación del RSI y se encarga de su coordinación en el país, la presentación de informes y la notificación a la OMS de acontecimientos en este ámbito^{dd}.

28. **Enfermedades desatendidas** – Las enfermedades desatendidas son aquellas que representan graves cargas de salud para las personas más pobres del mundo y que a menudo pasan por alto quienes desarrollan medicamentos, los encargados de formular políticas, los programas de salud pública y los medios de comunicación. Muchas enfermedades desatendidas son enfermedades transmisibles con mayor prevalencia en climas tropicales, aunque pueden encontrarse en diversos entornos en todo el mundo^{ee}.

29. **Enfermedades tropicales desatendidas** – Es un grupo diverso de 18 enfermedades transmisibles que predominan en condiciones tropicales y subtropicales en 149 países y afectan a más de 1.000 millones de personas, con un costo para las economías en desarrollo de miles de millones de dólares cada año. Principalmente afectan a las poblaciones que viven en la pobreza, sin un saneamiento adecuado, y en estrecho contacto con los vectores de enfermedades transmisibles y animales domésticos y ganado^{ff}.

^z http://www.un.org/en/development/desa/policy/cdp/ldc/ldc_criteria.shtml

^{aa} <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/mers-cov/es/>.

^{bb} <http://www.who.int/tb/areas-of-work/digital-health/definitions/en/>.

^{cc} <https://www.cbd.int/abs/about/>.

^{dd} <http://www.who.int/ihr/nfp/es/>.

^{ee} https://rarediseases.info.nih.gov/files/neglected_diseases_faqs.pdf.

^{ff} http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/.

30. **Enfermedades no transmisibles** – Conocidas también como enfermedades crónicas, estas no son transmisibles, es decir, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente, e incluyen las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes^{eg}.

31. **Asistencia oficial para el desarrollo (AOD)** – La AOD incluye las corrientes de dinero a los países y territorios y a instituciones multilaterales a) que son proporcionadas por organismos oficiales, incluidos gobiernos estatales y locales, o por sus organismos ejecutivos; y b) en que cada transacción i) se administra con el objetivo principal de contribuir al desarrollo económico y el bienestar de los países en desarrollo; y ii) se suministra en condiciones de favor e incluye un elemento de subvención de al menos un 25% (calculado en una tasa de descuento del 10%)^{hh}.

32. **Enfoque de salud compartida** – El enfoque de salud compartida procura mejorar la salud y el bienestar mediante la prevención de riesgos y la mitigación de los efectos de crisis que se originan en la interacción entre los seres humanos, los animales y sus diversos entornosⁱⁱ.

33. **Brote** – Comparte la misma definición que “epidemia”, pero suele utilizarse para una zona geográfica más limitada^{jj}.

34. **Pandemia** – Se refiere a una epidemia que se ha propagado a varios países o continentes, y que normalmente afecta a un gran número de personas^{kk}.

35. **Marco de Preparación para una Gripe Pandémica** – El Marco de Preparación para una Gripe Pandémica reúne a los Estados miembros, la industria, otros interesados y la OMS para aplicar un enfoque global de la preparación para una gripe pandémica y la respuesta a ella. Sus principales objetivos son, entre otros, mejorar y reforzar el intercambio de virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre; y aumentar el acceso de los países en desarrollo a las vacunas y otros suministros relacionados con la pandemia^{ll}.

36. **Patógeno** – Un organismo que provoca enfermedad en los seres humanos, como una bacteria, virus, parásito u hongo^{mmm}.

37. **Equipo de protección personal** – El equipo de protección personal está dirigido a proteger a los trabajadores de accidentes de trabajo o enfermedades graves resultantes del contacto con productos químicos, radiológicos, físicos, eléctricos o mecánicos, u otros peligros derivados de la actividad laboral. Además de caretas protectoras, gafas de seguridad, cascos y calzado de protección, el equipo de protección incluye diversos artefactos y prendas, como antiparras, monos, guantes, chalecos, tapones para los oídos y respiradores. Sin la suficiente capacitación en su uso, remoción y desecho, el equipo de protección personal no resultará efectivoⁿⁿⁿ.

^{eg} <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

^{hh} <http://www.oecd.org/dac/stats/officialdevelopmentassisteddefinitionandcoverage.htm>

ⁱⁱ <http://www.onehealthglobal.net/what-is-one-health/>

^{jj} <http://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html>

^{kk} <http://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html>

^{ll} <http://www.who.int/influenza/pip/en/>

^{mmm} <http://www.cdc.gov/vaccines/about/terms/glossary.htm>

ⁿⁿⁿ https://www.osha.gov/OshDoc/data_General_Facts/ppe-factsheet.pdf

38. **Salud pública** – La salud pública es la ciencia y el arte de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y prolongación de la vida mediante los esfuerzos organizados de la sociedad^{oo}.

39. **Emergencia de salud pública** – La aparición o amenaza inminente de una enfermedad o condición sanitaria, causada por acontecimientos, incluida una enfermedad epidémica o pandémica, que plantean un riesgo notable de causar un número considerable de muertes humanas o discapacidad permanente o a largo plazo^{pp}.

40. **Emergencia de salud pública de importancia internacional** – Una emergencia de salud pública de importancia internacional es un acontecimiento extraordinario que, de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), se ha determinado que:

- a) Constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad; y
- b) Podría exigir una respuesta internacional coordinada^{qq}.

El Director General declara la existencia de una emergencia de salud pública de importancia internacional después de mantener consultas con el Estado parte en cuyo territorio ha ocurrido el evento y con el Comité de Emergencias establecido para elaborar las recomendaciones temporales apropiadas. Para determinar si un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, el Director General considerará:

- a) La información proporcionada por el Estado parte;
- b) El instrumento de decisión a que se hace referencia en el anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional (2005);
- c) La opinión del Comité de Emergencias;
- d) Los principios científicos, así como las pruebas científicas disponibles y otras informaciones pertinentes;
- e) Una evaluación del riesgo para la salud humana, del riesgo de propagación internacional de la enfermedad y del riesgo de trabas para el tráfico internacional^{rr}.

41. **Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias** – El objetivo del Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias es lograr un equilibrio entre el derecho de los miembros de la OMC a proteger la salud y la necesidad de permitir la circulación sin tropiezos de mercancías a través de las fronteras internacionales. El Acuerdo reconoce a los miembros de la OMC el derecho a adoptar medidas legítimas para velar por la inocuidad de los alimentos y la sanidad animal y vegetal, siempre que estas medidas no se apliquen de forma innecesaria con fines proteccionistas^{ss}.

^{oo} <http://www.who.int/rpc/meetings/wr2004/en/index8.html>

^{pp} <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>

^{qq} <http://www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/>

^{rr} <http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/es/>

^{ss} https://www.wto.org/spanish/thewto_s/20y_s/sps_brochure20y_s.pdf.

42. **Cobertura sanitaria universal** – El objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Para ello es necesario contar con un sistema de salud eficiente y bien administrado, financiación de los servicios de salud, acceso a medicamentos y tecnologías esenciales, y personal sanitario bien capacitadoⁱⁱ.

43. **Enfermedad transmitida por vectores** – Son enfermedades transmitidas a los seres humanos por vectores (no por otras personas ni animales), como mosquitos y garrapatasⁱⁱⁱ.

44. **Asamblea Mundial de la Salud** – La Asamblea Mundial de la Salud es el órgano decisorio supremo de la Organización Mundial de la Salud, y determina las políticas de la Organización, designa al Director General, supervisa las políticas financieras, y revisa y adopta el proyecto de presupuesto por programas^{iv}.

45. **Representante de la OMS en el país** – El representante de la OMS en el país de asignación se ocupa de dirigir y gestionar la implementación de las iniciativas de los programas. Colabora estrechamente con el Ministerio de Salud del país anfitrión y con otras organizaciones no gubernamentales^v.

46. **Grados de emergencia de la OMS** – La OMS clasifica las emergencias en cuatro grados, siguiendo criterios concretos:

a) Sin clasificar: evento sometido a evaluación, seguimiento o vigilancia por parte de la OMS; sin embargo, no requiere ninguna respuesta de la Organización por el momento.

b) Grado I: evento que afecta a uno o varios países con consecuencias mínimas para la salud pública y que requiere una respuesta mínima de la oficina de la OMS en el país o una respuesta internacional mínima de parte de la OMS. El apoyo interno o externo que requiere la oficina en el país es mínimo. El apoyo a la oficina en el país es coordinado por un punto focal en la oficina regional.

c) Grado II: evento que afecta a uno o varios países con consecuencias moderadas para la salud pública y que requiere una respuesta moderada de la oficina de la OMS en el país o una respuesta internacional moderada de parte de la OMS. El apoyo de la Organización o externo que requiere la oficina en el país es mínimo. Un equipo de apoyo a emergencias, que opera desde la oficina regional (el equipo de apoyo a emergencias solo opera desde la sede si hay múltiples regiones afectadas), coordina el apoyo a la oficina en el país.

d) Grado III: evento que afecta a uno o varios países con consecuencias sustanciales para la salud pública y que requiere una respuesta sustancial de la oficina de la OMS en el país o una respuesta internacional sustancial de parte de la OMS. Un equipo de apoyo a emergencias, que opera desde la oficina regional, coordina el apoyo a la oficina en el país^{vi}.

ⁱⁱ http://www.who.int/universal_health_coverage/es/.

ⁱⁱⁱ http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/emerging_and_vector-borne_diseases/vector-borne_diseases/pages/index.aspx.

^{iv} <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>.

^v <http://apps.hr.emory.edu/JobDescriptions/class.jsp?code=XA29>.

^{vi} http://www.who.int/hac/donorinfo/g3_contributions/es/

47. **Enfermedad zoonótica** – Una enfermedad que puede transmitirse entre animales y seres humanos. Las enfermedades zoonóticas pueden ser causadas por virus, bacterias, parásitos u hongos^{yy}.

^{yy} <http://www.cdc.gov/onehealth/zoonotic-diseases.html>

Anexo II

Fechas importantes de la crisis y la respuesta

2013

28 de diciembre – Muere el paciente cero, un niño de 2 años de edad.

2014

18 de marzo – Las autoridades sanitarias de Guinea anuncian un brote de fiebre hemorrágica, e informan de 35 casos y al menos 23 muertos. El 22 de marzo, Guinea anuncia que se ha confirmado que la fiebre era ébola.

Finales de marzo de 2014 – La OMS anuncia 112 casos y 70 muertes en Guinea como consecuencia, presunta o confirmada, del ébola. El Ministerio de Salud de Liberia confirma sus primeros casos de la enfermedad por el virus del Ébola con dos pacientes en los condados de Lofa y Nimba. También se informa de tres presuntos casos en Sierra Leona.

Finales de abril – La OMS anuncia un total de 239 casos y 160 muertes en Guinea, Liberia y Sierra Leona.

19 de mayo – El Ministro de Salud de Guinea informa a la Asamblea Mundial de la Salud sobre la situación del ébola en su país y señala resultados alentadores.

Finales de mayo – La OMS anuncia un total de 383 casos y 211 muertes en Guinea, Liberia y Sierra Leona.

17 de junio – Liberia informa de que el ébola ha alcanzado su capital, Monrovia.

21 de junio – Médicos Sin Fronteras declara que la segunda ola del brote está fuera de control y pide recursos masivos para combatir la epidemia.

Finales de junio – La OMS anuncia un total de 779 casos y 481 muertes en Guinea, Liberia y Sierra Leona.

12 de julio – Se registra el primer caso en la capital de Sierra Leona, Freetown.

20 de julio – Un pasajero de un avión de línea, Patrick Sawyer, alto funcionario gubernamental del Ministerio de Finanzas de Liberia, lleva el virus de Liberia a Lagos (Nigeria). Esta es la primera vez que el ébola llega a un país nuevo a través de un viaje aéreo internacional. Ese acontecimiento desencadena planes urgentes para organizar un Comité de Emergencias para evaluar la situación del ébola con arreglo a las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional. Sawyer muere en un hospital de Nigeria el 25 de julio.

29 de julio – El Dr. Sheik Umar Khan, principal experto en fiebre hemorrágica de Sierra Leona, muere a causa del ébola. El Dr. Khan es el trabajador sanitario más destacado muerto de la enfermedad hasta el momento. Unos 500 trabajadores sanitarios morirán a causa de la enfermedad durante la epidemia.

30 de julio – Liberia cierra las escuelas y ordena la cuarentena de las comunidades más afectadas, utilizando sus fuerzas militares. Sierra Leona empieza a desplegar efectivos para hacer cumplir las cuarentenas.

Finales de julio – La OMS anuncia un total de 1.603 casos y 887 muertes en Guinea, Liberia y Sierra Leona.

6 y 7 de agosto – Se celebra por teleconferencia la primera reunión del Comité de Emergencias de la OMS en el marco del RSI en relación con el brote de la enfermedad del virus del Ébola en África Occidental. El Comité llega a un acuerdo unánime en que el brote de ébola debe constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional conforme a lo dispuesto en el RSI, y transmite esa conclusión, junto con las recomendaciones temporales del Comité, a la Directora General de la OMS.

8 de agosto – La Directora General de la OMS declara la epidemia una emergencia de salud pública de importancia internacional.

12 de agosto – Un Grupo de Expertos de la OMS aprueba el uso de medicamentos y vacunas que no se han puesto a prueba. Posteriormente se inician ensayos clínicos de varios posibles tratamientos y vacunas.

27 de agosto – La OMS establece una “hoja de ruta” para responder a la epidemia, en la que se fijan estrategias, categorías de los niveles de riesgo en los países y objetivos sujetos a plazos.

29 de agosto – El Senegal confirma su primer caso de ébola, un ciudadano guineo que había viajado a Dakar. El hombre se recupera y no se denuncian más casos. El Senegal es declarado libre de ébola el 17 de octubre de 2014.

Finales de agosto – Las estadísticas de la OMS muestran un total de 3.707 casos y 1.808 muertes en Guinea, Liberia y Sierra Leona.

18 y 19 de septiembre – Se convoca una sesión de emergencia del Consejo de Seguridad el 18 de septiembre para evaluar las consecuencias de la epidemia como una amenaza a la paz y la seguridad internacionales. La Asamblea General y el Consejo de Seguridad aprueban resoluciones por las que se crea la UNMEER, con lo que, por primera vez, las Naciones Unidas han creado una misión a causa de una emergencia sanitaria.

22 de septiembre – La OMS informa de un total de 20 casos y 8 muertes en Nigeria. Nigeria es declarada libre de ébola el 20 de octubre.

Finales de septiembre – Las estadísticas de la OMS muestran un total de 7.157 casos y 3.330 muertes en Guinea, Liberia y Sierra Leona.

24 de octubre – Una niña guineana de 2 años de edad muere a causa del ébola en Malí; es el primer caso de la enfermedad en ese país. No se producen casos de transmisión.

27 de octubre – Un imán guineo muere en una clínica en Bamako (Malí) en una segunda cadena de transmisión que no estuvo relacionada con la primera. El caso no se diagnostica sino hasta el 11 de noviembre, cuando se confirma que un enfermero de la clínica ha contraído la enfermedad. Se informa de un total de 8 casos y 6 muertos en Malí como consecuencia de los dos brotes.

Finales de octubre – Las estadísticas de la OMS muestran un total de 13.540 casos y 4.941 muertes en África Occidental en Guinea, Liberia y Sierra Leona. La OMS informa que la tasa de infecciones en Liberia se ha ralentizado, en parte debido a cambios en las prácticas mortuorias culturales. Una evaluación más exhaustiva de las bases de datos de los pacientes conduce a que el número total de casos registrados por la OMS aumente otros 3.792 casos, ocurridos a lo largo del período de la epidemia.

Finales de noviembre – Las estadísticas de la OMS muestran un total de 15.901 casos y 5.674 muertes en Guinea, Liberia y Sierra Leona.

18 y 19 de diciembre – En su viaje por la región, el Secretario General, Ban Ki-moon, se compromete a apoyar a los países afectados en África Occidental para reconstruir sus sistemas de salud.

Finales de diciembre – Las estadísticas de la OMS muestran un total de 20.171 casos y 7.890 muertes.

2015

18 de enero – El Gobierno de Malí y la OMS declaran el país libre de ébola.

21 de enero – Guinea, Sierra Leona y Liberia informan las tasas de infección semanales más bajas desde agosto de 2014.

5 de marzo – Liberia comunica su último caso confirmado de ébola. El 9 de mayo, la OMS declara que Liberia está libre de ébola.

29 de junio – En un nuevo brote de ébola en Liberia se producen 6 casos y 2 muertes. En noviembre de 2015, una segunda repetición causa otros 3 casos y 1 muerte en Liberia. Ambos brotes están vinculados a la transmisión por los supervivientes del ébola.

31 de julio – Se informa de la eficacia de una vacuna contra el ébola en ensayos clínicos en Guinea.

31 de julio – La UNMEER termina, y su función rectora en cuanto a la respuesta pasa a la OMS y sus asociados.

7 de noviembre – La OMS declara a Sierra Leona libre de ébola.

29 de diciembre – La OMS declara a Guinea libre de ébola.

2016

14 de enero – Se confirma un nuevo caso de ébola en Sierra Leona.

Anexo III

Composición del Grupo

Jakaya Mrisho Kikwete (República Unida de Tanzania) (Presidente) fue elegido cuarto Presidente de la República Unida de Tanzania en diciembre de 2005 y reelegido por un segundo mandato en octubre de 2010; su mandato concluyó el 5 de noviembre de 2015. En 1988 fue nombrado por primera vez miembro del Gabinete, donde se desempeñó en varias carteras ministeriales, entre ellas como Ministro de Finanzas, Ministro de Agua, Energía y Recursos Minerales, y Ministro de Relaciones Exteriores y Cooperación Internacional (1995-2005). Se desempeñó como Presidente de la Unión Africana (2008-2009) y Presidente de la Troika de la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo sobre Política, Defensa y Seguridad (2012-2013). Actualmente ocupa el cargo de Presidente de la Cumbre de Jefes de Estado de la Comunidad de África Oriental.

Micheline Calmy-Rey (Suiza) asumió el cargo de Presidenta del Gobierno Cantonal de Ginebra (2001-2002) antes de ser elegida para formar parte del Consejo Federal de Suiza en diciembre de 2002, donde encabezó el Departamento Federal de Relaciones Exteriores desde 2003 hasta 2011. En 2007 y 2011, desempeñó dos mandatos de un año de duración cada uno como Presidenta de la Confederación Suiza. En mayo de 2012, fue nombrada Profesora Visitante en la Universidad de Ginebra.

Celso Amorim (Brasil) ocupó los cargos de Ministro de Relaciones Exteriores (1993-1994 y 2003-2010) y de Ministro de Defensa (2011-2014). Con anterioridad, se desempeñó como Representante Permanente del Brasil ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra (1991-1993) y la Organización Mundial del Comercio (1999-2001), como Representante Permanente del Brasil ante las Naciones Unidas en Nueva York (1995-1999) y como Embajador ante el Reino Unido (2002). También fue Director General de la corporación cinematográfica brasileña (Embrafilme) entre 1979 y 1982 y actuó como Secretario Adjunto en el Ministerio de Ciencia y Tecnología (1985-1988). Es autor de varios libros y otras publicaciones sobre las políticas de cultura, ciencia y tecnología y relaciones internacionales. Su último libro se titula *Teerã, Ramalá e Doha* (2015).

R. M. Marty M. Natalegawa (Indonesia) desempeñó el cargo de Ministro de Relaciones Exteriores de la República de Indonesia (2009-2014), antes de lo cual se había desempeñado como Representante Permanente de la República de Indonesia ante las Naciones Unidas en Nueva York (2007-2009). De 2005 a 2007, ocupó el cargo de Embajador de Indonesia ante el Reino Unido. Comenzó su carrera en el Departamento de Relaciones Exteriores de Indonesia en 1986.

Joy Phumaphi (Botswana) es la Secretaria Ejecutiva de la Alianza de Líderes Africanos contra la Malaria. Se desempeñó como Miembro del Parlamento, con el cargo de Ministra del Gabinete, primero en la cartera de Tierras y Vivienda (1995-1999) y luego en la de Salud (1999-2003). Posteriormente se sumó a la Organización Mundial de la Salud con el cargo de Subdirectora General de Salud Familiar y Comunitaria (2003-2007). Se ha desempeñado como Vicepresidenta para el Desarrollo Humano en el Banco Mundial (2007-2009). También ha participado en una serie de comisiones y grupos de expertos y forma parte de la Junta Directiva de varias organizaciones internacionales sin fines de lucro que trabajan en el ámbito de la salud a nivel mundial.

Rajiv Shah (Estados Unidos) actuó como Administrador de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2010-2015), e hizo avanzar su misión de poner fin a la pobreza extrema y promover sociedades resilientes y democráticas. Fue pionero en el establecimiento de nuevas alianzas público-privadas y catalizó la innovación científica, logrando la participación del sector privado y los dirigentes de ambos partidos del Congreso para que se sumaran a la causa. También encabezó la respuesta humanitaria del Gobierno de los Estados Unidos a crisis catastróficas en todo el mundo, entre ellas el terremoto de Haití, el tifón Haiyan y la epidemia del ébola en África Occidental.

Anteriormente, el Sr. Shah se había desempeñado como Secretario Adjunto y Director Científico en el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Con anterioridad a esa fecha, pasó ocho años en la Fundación Bill y Melinda Gates, a partir de su inicio, donde dirigió los esfuerzos en relación con la salud mundial, la agricultura y los servicios financieros.

Anexo IV

Reuniones celebradas

Reuniones plenarias del Grupo

4 a 8 de mayo de 2015

Sede de las Naciones Unidas
Nueva York y Greentree (Nueva York)

13 a 17 de julio de 2015

Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y Organización Mundial de la Salud
Ginebra

2 a 6 de agosto de 2015

Guinea, Sierra Leona y Liberia

14 a 18 de septiembre de 2015

Sede de las Naciones Unidas
Nueva York

16 a 20 de noviembre de 2015

Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra
Ginebra

14 a 18 de diciembre de 2015

Sede de las Naciones Unidas
Nueva York

Mesas redondas

2 de julio de 2015

Mesa redonda sobre las reformas de la OMS
Sede de las Naciones Unidas
Nueva York

7 de julio de 2015

Mesa redonda sobre crisis sanitarias anteriores y otras crisis sanitarias
Sede de las Naciones Unidas
Nueva York

10 de agosto de 2015

Mesa redonda con oficinas regionales en África Occidental
Dakar

4 de septiembre de 2015

Mesa redonda sobre las ciencias sociales y la respuesta a la crisis sanitaria
Universidad de Sussex
Brighton (Inglaterra)

9 y 10 de noviembre de 2015

Mesa redonda con expertos sobre las conclusiones preliminares del Grupo
Sede de las Naciones Unidas
Nueva York

11 de noviembre de 2015
Mesa redonda con expertos sobre la investigación y el desarrollo
Sede de las Naciones Unidas y por teleconferencia
Nueva York

Anexo V

Investigaciones encomendadas

Chatham House, “Profiles of successful responses to Ebola – Nigeria, Senegal and Mali”, 3 de agosto de 2015.

Didier Wernli, MD, y Antoine Flahault, MD, “Strengthening research and development for and access to health technologies for neglected diseases and global health threats”, 3 de julio de 2015.

David Fidler, “Memorandum on the International Health Regulations”, 9 de julio de 2015.

Awa Coll-Seck, MD, “Ebola’s impact on Senegal”, 16 de agosto de 2015.

Chatham House, “Public health surveillance and alert in sub-Saharan Africa”, 29 de octubre de 2015.

Alan Capps, PhD, “Military involvement in the Ebola response”, agosto de 2015.

Oyewale Tomori, DVM, PhD, “Nigeria’s health infrastructure and its response to Ebola”, 16 de agosto de 2015.

Chatham House, “Comparing Ebola experiences in Guinea, Liberia and Sierra Leone”, 3 de agosto de 2015.

Chatham House, “Border issues in the West African Ebola outbreak: Regional dynamics”, 3 de agosto de 2015.

Anexo VI

Bibliografía condensada

- Abramowitz, S.A., Bardosh, K.L., *et al.* (2015, 24 de enero). Social science intelligence in the global Ebola response. *The Lancet*, vol. 385, núm. 9965, pág. 330. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60119-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60119-2)
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2014, 19 de septiembre). Resolución 69/1 de la Asamblea General: Medidas para contener y combatir el reciente brote de ébola en África Occidental. Consultada en http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/1 el 21 de enero de 2016
- Baer, D. (2015, 27 de mayo). Bill Gates just described his biggest fear – and it could kill 33 million. *Business Insider UK*. Consultado en <http://uk.businessinsider.com/bill-gates-biggest-fear-is-a-killer-flu-2015-5?r=US&IR=T> el 18 de noviembre de 2015
- Baize, S. (2014, 16 de abril). Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea. *N Engl J Med*, 371, S. 1418-1425. DOI:10.1056/NEJMoa1404505
- Bakari, E., Frumence, G. (2013, 16 de agosto). Challenges to the Implementation of the International Health Regulations (2005) on Preventing Infectious Diseases: experience from Julius Nyerere International Airport, Tanzania. *Global Health Action* 2013 6: 20942, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i10.20942>
- BBC News. (6 de noviembre de 2015). Ebola: Mapping the outbreak. Consultado en <http://www.bbc.com/news/world-africa-28755033> el 20 de noviembre de 2015
- Banco Mundial. (2014). *Update on the Economic Impact of the 2014 Ebola Epidemic on Liberia, Sierra Leone, and Guinea*. Banco Mundial. Consultado en <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Economic%20Impact%20Ebola%20Update%2020Dec%202014.pdf> el 1 de diciembre de 2015
- Chandran, R. (2015, 8 de julio). It's Not There, so Build It: Pandemic Response, the UN, and the World Bank. Centro de Investigación sobre Políticas de la Universidad de las Naciones Unidas. Consultado en <http://collections.unu.edu/view/UNU:3230> el 22 de enero de 2016
- Chatham House. (2014). *Shared Responsibilities for Health: A Coherent Global Framework for Health Financing*. Consultado en https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521HealthFinancing.pdf el 26 de noviembre de 2015
- Comisión Económica para África (2015, enero). *Socio-Economic Impacts of Ebola on Africa*. Addis Abeba (Etiopía): Comisión Económica para África
- Commission on Creating a Global Health Risk Framework for the Future. (2016, 13 de enero). *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises*. Washington D.C.: Institute of Medicine, National Academies of Science
- Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (2014, 18 de septiembre). *Resolución 2177 (2014)*. Consultada en [http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177%20\(2014\)](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177%20(2014)) el 21 de enero de 2016

- Dawood, F. S., Luliano, A. D., *et al.* (2012, septiembre). Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet*, 12(9), 687-695. Consultado en [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(12\)70121-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(12)70121-4/abstract) el 1 de diciembre de 2015
- DuBois, M., Wake, C., *et al.* (2015, octubre). *The Ebola response in West Africa: Exposing the politics and culture of international aid*. Londres, Reino Unido: Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute
- Durrheim, D. N., Crowcroft, N. S., & Strebel, P. M. (2014, 5 de diciembre). Measles – The epidemiology of elimination. *Vaccine*, 32(51), 6880-6883. DOI:10.1016/j.vaccine.2014.10.061
- Farmer, P. (2015, 10 de julio). *Building Health Systems and Increasing Resilience to Crises: Lessons from Rwanda*. Oficina del Asesor Especial del Secretario General sobre Medicina Comunitaria y Lecciones Aprendidas en Haití
- Foro Económico Mundial. (2015, junio). Managing the Risk and Impact of Future Epidemics: Options for Public-Private Cooperation. Consultado en http://www3.weforum.org/docs/WEF_Managing_Risk_Epidemics_report_2015.pdf el 21 de enero de 2016
- Gates, B. (2015, 18 de marzo). The Next Epidemic – Lessons from Ebola. *N Engl J Med*, 372, p. 1381-1384, DOI: 10.1056/NEJMp1502918
- Gostin, L.O, Friedman, E.A. (2015, 9 de mayo). A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *The Lancet* 2015; 385: 1902–09
- Gostin, L.O., DeBartolo, M.C., *et al.* (2015, 22 de noviembre). *The Lancet*, vol. 386, no. 10009, p2222–2226. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00948-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00948-4)
- Grupo de expertos para la evaluación interina del ébola (2015, 7 de julio). *Informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ébola*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- Håkon Angell Bolkan, D. A.-T. (2014, 19 de diciembre). Ebola and indirect effects on health service function in Sierra Leone. *PLoS Curr*. DOI:10.1371/currents.outbreaks.0307d588df619f9c9447f8ead5b72b2d
- Ighobor, K. (2014, diciembre). Ebola Threatens Economic Gains in Affected Countries. *African Renewal*. Consultado en <http://www.un.org/africarenewal/magazine/december-2014/ebola-threatens-economic-gains-affected-countries> el 20 de noviembre de 2015
- Independent Expert Group. (2015). *Policy Recommendations for the G7 from the Independent Expert Group (IEG): Preparing for the Next Epidemic – A Global Preparedness and Response System*
- Institute for Development Studies. (2015, febrero). *Practice Paper in Brief 16: Ebola and Lessons for Development*. Brighton (Reino Unido): Institute for Development Studies, Universidad de Sussex

- Institute for Development Studies. (2015, febrero). *Practice Paper in Brief 24: Local Engagement in Ebola Outbreaks and Beyond in Sierra Leone*. Brighton (Reino Unido): Institute for Development Studies, Universidad de Sussex
- Institute of Medicine. (2014). Summary. In G. J. Buckely, J. E. Lange, & E. A. Peterson (Hrsg.), *Investing in Global Health Systems: Sustaining Gains, Transforming Lives* (pp. 4). Washington D.C.: National Academies Press. Consultado en www.nap.edu/read/18940/chapter/1 en diciembre de 2015
- Kamradt-Scott, A., Harman, S., et al. (2015, octubre). *Saving Lives: The Civil-Military Response to the 2014 Ebola outbreak in West Africa*. Sydney (Australia): Universidad de Sydney
- Katz, R., Fischer, J. (2010, primavera). The Revised International Health Regulations: A Framework for Global Pandemic Response. *Global Health Governance*, vol. 3, núm. 2. Consultado en http://ghgj.org/Katz%20and%20Fischer_The%20Revised%20International%20Health%20Regulations.pdf el 21 de enero de 2015
- Keesing, F., Belden, L. K., et al. (2010, 1 de diciembre). Impacts of biodiversity on the emergence and transmission of infectious diseases. *Nature*, 468 (7324), 647-652. DOI:10.1038/nature09575
- Klein, E. (2015, 27 de mayo). The most predictable disaster in the history of the human race. *Vox*. Consultado en <http://www.vox.com/2015/5/27/8660249/gates-flu-pandemic> el 22 de enero de 2016
- Louise H. Taylor, S. M. (2001, 9 de julio). Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. DOI:10.1098/rstb.2001.0888
- Médicos Sin Fronteras. (2015, 23 de marzo). *Pushed to the Limit and Beyond: A year into the largest ever Ebola outbreak*. Consultado en <https://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/msf143061.pdf> el 21 de enero de 2016
- Menéndez, C., Lucas, A., et al. (2015, 22 de enero). Ebola crisis: the unequal impact on women and children's health. *The Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70009-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70009-4)
- Moon, S., Sridhar, D., et al. (2015, 22 de noviembre). Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. Informe del Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *The Lancet*, 386: 2204-21. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00946-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00946-0)
- Morrison, J. S. (2014, 11 de noviembre). The Trajectory of Ebola and Our Response. En *Global Forecast 2015* (pp. 92-95). Washington D.C., Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales
- OMS. (2015). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2015*. Consultado en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1 el 20 de noviembre de 2015
- OMS. (2015). Factors that contributed to undetected spread of the Ebola virus and impeded rapid containment. Consultado en <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/factors/en/> el 21 de noviembre de 2015

- OMS. (2015). Implementation of the International Health Regulations (2005): Responding to health emergencies. Consultado en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22-en.pdf el 19 de noviembre de 2015
- Petherick, A. (2015, 10 de febrero). Ebola in West Africa: learning the lessons. *The Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60075-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60075-7)
- Plotkin, S.A., Mahmoud, A.A.F., *et al.* (2015, 23 de julio). Establishing a Global Vaccine-Development Fund. *N Engl J Med*, 373;4. DOI: 10.1056/NEJMp1506820
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014). *Socio-economic impact of the Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia and Sierra Leone: Policy Notes Volume 1, Numbers 1-5*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Consultado en http://www.africa.undp.org/content/dam/rba/docs/Reports/UNDP Policy note EN_web.pdf el 1 de diciembre de 2015
- Riley, S., Fraser, C., *et al.* (2003, 20 de junio). Transmission Dynamics of the Etiological Agent of SARS in Hong Kong: Impact of Public Health Interventions. *Science*, 300 (5627), 1961-1966. DOI:10.1126/science.1086478
- Roos, R. (2012, 18 de junio). Fouchier study reveals changes enabling airborne spread of H5N1. *CIDRAP News*. Consultado en <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2012/06/fouchier-study-reveals-changes-enabling-airborne-spread-h5n1> el 18 de noviembre de 2015
- Rubin, H. (2011, 14 de enero). Future Global Shocks: Pandemics. *Multi-Disciplinary Issues*, OECD/IFP Project
- Sack, K. F. (2014, 29 de diciembre). How Ebola Roared Back. Consultado en <http://www.nytimes.com/2014/12/30/health/how-ebola-roared-back.html> el 21 de noviembre de 2015
- Save the Children. (2015). *A Wake-Up Call: Lessons from Ebola for the world's health systems*. Londres (Reino Unido): Save the Children
- Serdobova, I., Kieny, M. (2006, septiembre). Assembling a Global Vaccine Development Pipeline for Infectious Diseases in the Developing World. *AJPubHealth*, Vol. 96, Núm. 9
- Shiu Hung, L. (2003, agosto). The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned? *Journal of The Royal Society of Medicine*, 96(8), 374-378. Consultado en www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539564/ el 1 de diciembre de 2015
- Siedner, M.J., Gostin, L.O., *et al.* (2015, 24 de marzo). Strengthening the Detection of and Early Response to Public Health Emergencies: Lessons from the West African Ebola Epidemic. *PLoS Med* 12(3): e1001804. DOI:10.1371/journal.pmed.1001804
- Sifferlin, A. (2014, 17 de diciembre). 5 Million Kids Aren't in School Because of Ebola. Consultado en <http://time.com/3637570/5-million-kids-arent-in-school-because-of-ebola/> el 20 de noviembre de 2015

- Summers, A. (2014, 19 de diciembre). Challenges in Responding to the Ebola Epidemic – Four Rural Counties, Liberia, August-November 2014. Atlanta (Georgia, Estados Unidos): *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report*. Consultado en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6350a5.htm> el 21 de enero de 2016
- Sutherst, R. W. (2004, enero). Global Change and Human Vulnerability to Vector-Borne Diseases. *Clinical Microbiology Reviews*, 17(1), 136-173. DOI:10.1128/CMR.17.1.136-173.2004
- Takahashi, S., Metcalf, C. J. E., *et al.* (2015, 13 de marzo). Reduced vaccination and the risk of measles and other childhood infections post-Ebola. *Science*, Vol. 347 (núm. 6227), 1240-1242. DOI:10.1126/science.aaa3438
- Taubenberger, J., & Morens, D. M. (2006, enero). 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics. *Emerging Infectious Diseases*, 12 (1). DOI:10.3201/eid1201.050979
- The Earth Institute, Universidad de Columbia. (2013). *One Million Community Health Workers: Technical Task Force Report*. Consultado en http://www.millenniumvillages.org/uploads/ReportPaper/1mCHW_TechnicalTaskForceReport.pdf el 27 de noviembre de 2015
- Tully, C.M., Lambe, T., *et al.* (2015, 14 de enero). Emergency Ebola response: a new approach to the rapid design and development of vaccines against emerging diseases. *The Lancet Infect Dis* 2015; 15: 356–59. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)71071-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(14)71071-0)
- Yong Choi, J. (2015, 1 de septiembre). An Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infection in South Korea, 2015. *Yonsei Medical Journal*, 56(5), 1174-1176. DOI:10.3349/ymj.2015.56.5.1174

Anexo VII

Agradecimientos

El Grupo desea expresar su profundo agradecimiento al Secretario General, Ban Ki-moon, por su liderazgo y compromiso para prevenir futuras crisis sanitarias en el mundo. Damos las gracias al Secretario General por habernos confiado esta importante tarea.

El Vice Secretario General, Jan Eliasson, y la ex Jefa de Gabinete del Secretario General, Susana Malcorra, nos han apoyado indefectiblemente a lo largo de todo el proceso y tienen nuestro profundo reconocimiento.

La sabiduría y las ideas del Dr. David Nabarro, ex Enviado Especial para la Lucha contra el ébola, fueron particularmente importantes a lo largo de nuestra labor.

Agradecemos sinceramente a la Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, por haber dedicado su tiempo y por su disposición a entablar un diálogo franco con el Grupo. Este reconocimiento se extiende también a su personal por su considerable apoyo y cooperación.

Merecen un especial reconocimiento los Jefes de Estado de los países más afectados, con quienes el Grupo tuvo el privilegio de reunirse: Alpha Conde, Presidente de Guinea; Ellen Johnson-Sirleaf, Presidenta de Liberia; y Ernest Bai Koroma, Presidente de Sierra Leona. El Grupo aplaude sus incansables esfuerzos en la lucha contra el ébola. Además, cabe agradecer a John Dramani Mahama, Presidente de Ghana; Angela Merkel, Canciller de la República Federal de Alemania, y Erna Solberg, Primera Ministra de Noruega. El Grupo agradece a Alemania y Noruega por su papel particularmente activo en la financiación del proceso.

Los representantes de los Estados Miembros de las Naciones Unidas y las autoridades gubernamentales han compartido mucha información vinculada a la labor del Grupo y han estado siempre dispuestos a celebrar consultas. Les damos las gracias por su compromiso y sus contribuciones.

Damos las gracias a la Dra. Nkosazana Dlamini-Zuma, Presidenta de la Comisión de la Unión Africana; el Dr. Jim Yong Kim, Presidente del Grupo Banco Mundial; el Dr. Tom Frieden, Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos; la Dra. Joanne Liu, Presidenta Internacional de Médicos Sin Fronteras; y todos los organismos y asociados de las Naciones Unidas que contribuyeron a las deliberaciones. Además, agradecemos especialmente a los cerca de 300 expertos que aportaron voluntariamente su tiempo para transmitirnos información y asesoramiento. Esto incluye también a los miembros de los equipos de socorro y los supervivientes en los tres países más afectados.

Con poca antelación, la Sra. Gabrielle Fitzgerald, el Dr. David Heymann, la Dra. Ann Marie Kimball, la Prof. Ilona Kickbusch y el Dr. Lars Schaade se pusieron a disposición para organizar y facilitar de forma experta mesas redondas en relación con la labor del Grupo. Estamos sumamente agradecidos por su energía y su apoyo.

Por último, agradecemos a las personas que dirigieron las revisiones simultáneas que proporcionaron información y asesoramiento fundamentales, en

particular a Dame Barbara Stocking y los colegas del Grupo de expertos de la OMS para la evaluación interina del ébola; el Dr. Víctor Dzau y colegas de la Commission on Creating a Global Health Risk Framework for the Future del Instituto de Medicina; y el Dr. Peter Piot y colegas del Harvard/London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) Independent Panel on the Global Response to Ebola.

En el marco de un proceso de consultas como la labor del Grupo, es natural que se omitan involuntariamente algunos nombres importantes de entre los centenares de personas que cooperaron con nosotros amablemente. Estamos en deuda con esos expertos, personal de socorro, funcionarios, comunidades, supervivientes del ébola y colegas que en todos los casos ofrecieron su tiempo y asesoramiento de manera incondicional. Su pasión por ver un mundo libre de epidemias y pandemias nos ha resultado inspiradora.

Deseamos reconocer la labor de nuestra secretaría, incluido su Director, el Sr. Ramesh Rajasingham, el Dr. Elin Gursky, la Sra. Sanjana Quazi, el Sr. Moritz Meier-Ewert, la Sra. Sophie Rutenbar y la Sra. Karen Williams-Komlani. También debería hacerse extensivo el agradecimiento al Sr. Jonathan Baum, Becario Mercator, y a los pasantes, el Sr. Mobeen Bhatti, el Sr. David Mangar y la Sra. Kayla Robinson, por su asistencia a lo largo del proceso.