

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Informe del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado

Informe de la Directora General

La Directora General tiene el honor de transmitir a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud el informe del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado (véase el anexo).

ANEXO

ÍNDICE

	Página
NOTA DE AGRADECIMIENTO	4
PREFACIO	7
SINOPSIS	9
INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	14
MÉTODOS DE TRABAJO	18
EVALUACIÓN.....	19
RECOMENDACIONES	60
Apéndices.....	78

NOTA DE AGRADECIMIENTO

El Comité de Examen recibió valiosas contribuciones de los Estados Partes, de los organismos especializados de las Naciones Unidas, de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y de distintas personas. En particular, el Comité desea agradecer a las siguientes personas que fueron entrevistadas por él:

Dr. David Nabarro, Presidente del Grupo consultivo del Director General sobre la reforma de la labor de la OMS en los brotes epidémicos y emergencias con consecuencias sanitarias y humanitarias y Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para el Ebola; Sra. Catherine Fiankan-Bokonga, corresponsal en Ginebra de medios de comunicación africanos; Dr. Mustafa Sidiki Kaloko, Comisario de la Unión Africana para Asuntos Sociales; Dr. Scott Dowell, Director de Vigilancia y Epidemiología, Fundación Bill y Melinda Gates; Dr. Steve Landry, Director Adjunto de Alianzas Multilaterales, Fundación Bill y Melinda Gates; Dra. Elizabeth Wilkinson, Jefa de Servicios de Salud, British Airways; Sra. Sophie Van Zaelen, Gestora de Salud, Seguridad y Medio Ambiente, Brussels Airlines; Dr. Kashaf Ijaz, Director Adjunto de la División de Protección de la Salud Mundial, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Atlanta; Sr. Dennis Brodie, Presidente de DRBC Consulting; Profesora Ilona Kickbusch, Directora del Programa de Salud Mundial, Instituto de Altos Estudios Internacionales y del Desarrollo y miembro del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola; Dr. Denis Coulombier, Jefe de la Unidad de Vigilancia y Apoyo a la Respuesta, Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades; Profesor Larry Gostin, Director del Instituto O'Neill de Derecho Sanitario Nacional y Mundial, Universidad de Georgetown; Dr. Seth Berkley, Director Ejecutivo de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización; Dr. Mark Dybul, Director Ejecutivo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; Dra. Päivi Sillanauke, Presidenta del Programa de Seguridad Sanitaria Mundial y Secretaria Permanente, Ministerio de Salud de Finlandia; Dra. Outi Kuivasniemi, Coordinadora del Programa de Seguridad Sanitaria Mundial, Ministerio de Salud de Finlandia; Dr. Ray Arthur, Presidente del Comité Directivo de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos; Dr. Keita Sakoba, Coordinador Nacional de la Lucha contra el Ebola, Ministerio de Salud de Guinea; Profesor Robert Steffen, Vicepresidente del Comité de Emergencia del RSI sobre la enfermedad por el virus del Ebola y Profesor en el Instituto de Epidemiología, Bioestadística y Prevención del Centro Colaborador de la OMS para Salud de los Viajeros, Universidad de Zurich; Profesor Chris Baggoley, Presidente del Comité de Emergencia del RSI sobre el MERS-CoV y Director General de Salud, Departamento de Salud de Australia; Dr. Alain Poirier, Experto Asociado, Instituto Nacional de Salud Pública de Québec, Canadá; Dr. Claude Thibeault, Asesor Médico, Asociación Internacional de Transporte Aéreo; Dr. Michiel Vreedenburgh, Jefe de Implementación de la Seguridad Aérea, Organización de Aviación Civil Internacional; Dr. Martin Schuepp, Coordinador de Operaciones para África Occidental en el Comité Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; Dr. Zaher Osman, Médico, y Dra. Esperanza Martínez, Jefa de la Unidad de Salud, División de Asistencia del Comité Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; Sr. Brendan Shaw, Subdirector General de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento; Dra. Julie Hall, Directora de Salud y Atención, Comité Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; Dra. Teresa Zakaria, Jefa de Unidad, y Kolitha Wickramage, Funcionario Sanitario, Operaciones de Emergencia, Salud de los Migrantes, Organización Internacional para las Migraciones; Dr. Craig Stark, Director Médico Regional, Servicios de Gobierno (Asia-Pacífico, Oriente Medio y África), SOS Internacional; Dr. Abdullah Al Asiri, Viceministro Adjunto de Salud para la Prevención y el Centro Nacional de Enlace para el RSI, Ministerio de Salud del Reino de Arabia Saudita; Sr. Thomas K. Nagbe, Director de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud de Liberia; Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Dr. Peter Piot, Presidente del Grupo Independiente sobre la Respuesta Mundial al Ebola y Director y Profesor de Salud Mundial, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Sra. Rosa Crestani, Coordinadora de Emergencias en *Médecins sans Frontières*; Sr. Pallava Bagla, Editor, Ciencias, Televisión de Nueva Delhi; Paul Spiegel,

Director Adjunto, División de Apoyo y Gestión del Programa, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; Dra. Theresa Tham, Jefa Adjunta de Salud Pública y Viceministra de la División de Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas, Agencia de Salud Pública del Canadá; Profesor Lothar Wieler, Presidente, y Dr. Lars Schaade, Vicepresidente y Director del Centro para Amenazas Biológicas y Patógenos Especiales del Instituto Robert Koch; Sra. Stephanie Nebehay, Corresponsal de Reuters; Dr. David Haymann, Jefe e Investigador Principal del Centro para la Seguridad Sanitaria Mundial en el Real Instituto de Asuntos Internacionales (Chatham House); Douglas Webb, Jefe de Equipo para Salud y Financiación Innovadora en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; Sra. Ingrid Nordström-Ho, Jefa de la Unidad de Política y Planificación, Sección de Coordinación Civil y Militar, Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas; Sr. Thomas Peter, Jefe de la Secretaría del Sistema Mundial de Alerta y Coordinación para Desastres, Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas; Sr. John Ging, Director de la División Operacional, Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas; Sr. Ramesh Rajasingham, Director de la Secretaría del Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias; Dra. Arlene King, Profesora Adjunta, Escuela de Salud Pública Dalla Lana de la Universidad de Toronto; Dr. Laurie Garrett, Periodista científico y Miembro Principal del Consejo Estadounidense de Relaciones Exteriores; Dr. Tim Evans, Director de Salud, Nutrición y Población, Banco Mundial; Sr. Sharif Georges, Jefe de la Unidad de Garantía de la Calidad/Servicio de Aviación en el Programa Mundial de Alimentos; Gretchen H. Stanton, Consejero de la División de Agricultura y Productos Básicos de la Organización Mundial del Comercio; Rudolf Adlung, Economista Emérito de la Organización Mundial del Comercio, y Dr. Robert Glasser, Representante Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres.

Las entidades siguientes respondieron a la encuesta consultiva electrónica abierta:

Misiones ante las Naciones Unidas: Argentina, Camboya, Colombia, Dinamarca, Federación de Rusia, Francia, Laos, Letonia, Malasia, Mauricio, México, Mongolia, Montenegro, Países Bajos, Pakistán, Perú, República Islámica de Irán, Singapur, Sri Lanka, Uganda, Venezuela y Viet Nam; organizaciones intergubernamentales: Banco Asiático de Desarrollo, Asociación Médica de Australia; y organizaciones no gubernamentales: *Management Sciences for Health*, *Save the Children*, *International Medical Corps* y Red Africana de Epidemiología de Campo.

Además, hicieron aportaciones a la labor del Comité los siguientes funcionarios de la Secretaría de la OMS en la sede y las regiones:

Sylvain Aldighieri, Ala Alwan, Roberta Andraghetti, Bruce Aylward, Philippe Barboza, Mohamed Belhocine, Ties Boerma, Sylvie Briand, Gian Luca Burci, Stella Chungong, Patrick Drury, Daniel Epstein, Florence Fuchs, Keiji Fukuda, Erika Garcia, Alex Gasasira, Gregory Härtl, Thomas Hofmann, Anne Huvos, Hamid Jafari, Edward Kelley, Daniel Kertesz, Marie-Paule Kieny, Florimond Tshioko Kweteminga, Ailan Li, Daniel Menucci, Rebecca Matshidiso Moeti, Ezzeddine Mohsni, Roderico Ofrin, Bardan Rana, Guenael Rodier, Ibrahima Soce-Fall y Zabulon Yoti.

El Comité quiere agradecer a la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, al Director General Adjunto, Dr. Anarfi Asamoah-Baah, al Director Ejecutivo, Dr. Ian Smith, y a la Directora, Dra. Isabelle Nuttall, el apoyo activo prestado a la labor del Comité de Examen.

Por último, el Comité desea agradecer las aportaciones hechas por los siguientes funcionarios de la Secretaría de la OMS: Fernando González-Martín, Dominique Metais, Jakob Quirin, Bruce Plotkin, Cecilia Rose-Oduyemi y Steve Solomon. El Comité de Examen desea agradecer especialmente a su

secretaría. La secretaría para el Examen del RSI, dirigida por Rudiger Krech y Guenael Rodier, estuvo integrada por Marie-Isabelle Asencio, Mary Chamberland, Nathalie Chambonniere, Carmen Dolea, Silvia Ferazzi, Priya Joi, Gilles Poumerol, Magdalena Rabini, Veronica Riemer, Alexandra Rosado-Miguel, Veronica Sawin y Franziska Schuster.

PREFACIO

En 2003, cuando se estaba preparando el Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI), el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) despertó súbitamente al mundo para la realidad de que la globalización significa un mayor riesgo de propagación internacional rápida de las amenazas para la salud pública. La adopción del RSI por los Estados Partes en 2005 representó un importante paso para mejorar la solidaridad mundial en la protección de la salud pública.

La pandemia de gripe A(H1N1) 2009, que tuvo lugar cuando muchos países todavía se encontraban en las fases iniciales de la aplicación del RSI, fue la primera prueba importante para el RSI revisado. Esta labor inicial de aplicación ayudó a los países y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a prepararse para la pandemia y a darle respuesta. En su informe de 2011, el Comité de Examen del RSI insistió, no obstante, en la necesidad urgente de plantear la aplicación del Reglamento de forma más activa para garantizar que los países sean capaces de detectar rápidamente los riesgos para la salud pública, comunicar esa información a otros Estados Partes y a la OMS, y utilizar las orientaciones de la OMS y otros interesados clave de los sectores sanitario y humanitario para determinar la respuesta apropiada.

Aunque el síndrome respiratorio de Oriente Medio por coronavirus (MERS-CoV) y la poliomielitis son eventos importantes que se han beneficiado de la coordinación establecida en virtud del RSI, la epidemia de ebola en África occidental fue la segunda prueba más importante para el RSI revisado. El Comité de Examen consideró detenidamente si los factores contribuyentes a los fallos de la respuesta mundial eran defectos del RSI en sí mismo o deficiencias en su aplicación. El Comité llegó a la conclusión de que el texto de RSI es sólido y, más que modificarlo, lo que hay que hacer es aplicarlo. El Comité cree que la crisis de ebola demostró ser una comprobación contundente de la valoración anterior de que «el mundo está mal preparado para afrontar emergencias de salud pública que supongan una amenaza mundial y sostenida».¹

Con anterioridad ya se han hecho recomendaciones para mejorar la aplicación del RSI. El presente Comité de Examen se ha centrado en lograr que esta nueva serie de recomendaciones sea suficientemente pragmática como para que dé lugar a una mejora de dicha aplicación. Las presentes recomendaciones son una combinación de lo obvio, como la necesidad de disponer de recursos y financiamiento adecuados para cumplir las obligaciones estipuladas por el RSI, y de lo innovador, como un mecanismo que facilite la alerta temprana y mejore tanto la toma de decisiones como la activación de las respuestas.

Si nos tomamos en serio la tarea de equipar al mundo para que en el futuro se prepare y responda rápida y eficazmente, es fundamental que se dé prioridad a la aplicación del RSI, se resuelvan las inequidades inherentes a las respuestas mundiales que ha habido hasta ahora, y se refuerce la función de la Secretaría de la OMS en la coordinación y la prestación de apoyo a la aplicación del RSI.

Las amenazas para la salud pública mundial, sea por patógenos conocidos o por enfermedades emergentes, son un peligro real y potencialmente inminente. El único consuelo tras el desastre del ebola es que ha galvanizado al mundo para que analice los fallos y trate de estar mejor preparado para la próxima amenaza sanitaria mundial. Las crisis son una adversidad, pero también una oportunidad.

¹ Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009. Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (A64/10) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf?ua=1).

El Comité de Examen considera que mucho de lo que queda por hacer tiene que hacerse rápidamente. El impulso que ha dado el ebola a una mejor preparación para la próxima amenaza sanitaria mundial probablemente dure poco. El ebola ha segado demasiadas vidas. Lograr que se haga todo lo posible por evitar la repetición de semejante devastación prevenible es una deuda que tiene el mundo con esas víctimas.

Didier Houssin (Presidente),
Karen Tan (Vicepresidente), Helen Rees (Relatora),
Salah Al Awaidy, Preben Aavitsland, Hanan Balkhy, Marion Bullock DuCasse, Rupa Chanda, Supamit Chunsuttiwat, Thomas Cottier, Andrew Forsyth, John Lavery, Louis Lillywhite, Brian McCloskey, Babacar Ndoye, Samba Sow

Comité de Examen del RSI

Marzo de 2016
Ginebra (Suiza)

SINOPSIS

1. El brote de ebola que empezó en África occidental en diciembre de 2013 fue la mayor epidemia de esta enfermedad que se ha registrado hasta ahora, y tuvo gran morbilidad y mortalidad, además de un impacto económico considerable en los países más afectados. La enfermedad por el virus del Ebola (EVE) causó la muerte de más de 11 000 personas en Guinea, Liberia y Sierra Leona, afectó a siete países más y tensó las capacidades de respuesta nacionales y mundiales mucho más allá de sus límites. La emergencia implicó la participación de múltiples organizaciones civiles y humanitarias y llevó al despliegue de fuerzas militares extranjeras de varios países, así como a la creación de la primera misión de las Naciones Unidas para una emergencia sanitaria: la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ebola (UNMEER). El ebola puso de manifiesto sin ambages que seguimos estando mal preparados para hacer frente a grandes emergencias de salud pública.

2. La respuesta mundial al ebola, cuyos fallos fueron un reflejo de los documentados durante la respuesta a la pandemia de gripe A(H1N1) de 2009, resaltó los defectos de los mecanismos operacionales y del marco estratégico del RSI (2005), cuya función es mejorar la solidaridad mundial para proteger la salud pública. El RSI, que entró en vigor en junio de 2007 tras la epidemia de SARS, es un acuerdo jurídico mundial destinado a prevenir y dar respuesta a la propagación internacional de enfermedades, al mismo tiempo que procura evitar interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio. El Reglamento es jurídicamente vinculante para los Estados Partes¹ y la OMS. Estipula explícitamente que los Estados Partes están obligados a evaluar, reforzar y mantener capacidades básicas en materia de vigilancia, evaluación de riesgos, notificación y respuesta, y precisa la función de liderazgo mundial de la OMS. En el primer examen del funcionamiento del RSI, publicado en mayo de 2011, se afirmaba que, aunque el Reglamento permitía abordar de forma factible las emergencias sanitarias mundiales, seguían existiendo fallos graves en la preparación mundial. Tanto la gravedad como la larga duración de la epidemia de EVE supusieron un reto sin precedentes al funcionamiento del RSI, y ahora hay que examinar cómo asegurar formas realistas y prácticas de seguir reforzando su aplicación.

3. En mayo de 2015, la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud pidió a la Directora General que estableciera un Comité que examinara el papel del RSI en el brote de ebola y en la respuesta que se le ha dado, con los objetivos siguientes:

- evaluar la eficacia del RSI (2005) con respecto a la prevención, preparación y respuesta al brote de ebola, prestando especial atención a la notificación y los incentivos conexos, las recomendaciones temporales, las medidas adicionales, la declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional, las capacidades básicas nacionales y el contexto y vínculos con el Marco de Respuesta a las Emergencias y otras responsabilidades humanitarias de la Organización;
- evaluar el estado de la aplicación de las recomendaciones del anterior Comité de Examen de 2011 y sus repercusiones en el actual brote de ebola, y
- recomendar medidas para mejorar el funcionamiento, la transparencia, la eficacia y la eficiencia del RSI (2005), en particular la respuesta de la OMS, y reforzar la preparación y la respuesta ante futuras emergencias con consecuencias sanitarias, proponiendo plazos para cada una de esas medidas.

¹ Los Estados Partes son aquellos países que están vinculados por el RSI de conformidad con la Constitución de la OMS y el propio Reglamento. En la actualidad hay 196 Estados Partes, entre los que se encuentran los 194 Estados Miembros de la OMS.

Resultados y conclusiones

4. El Comité de Examen entrevistó a numerosas personas con formación y experiencia pertinente en la respuesta al ebola, en las cuestiones más generales de la aplicación y el funcionamiento del RSI, y en las relaciones entre los organismos que participaron en la respuesta a la emergencia. Los datos así obtenidos, respaldados por el análisis de los documentos e informes pertinentes, sirvieron de fundamento a las deliberaciones del Comité y a la evolución de los temas fundamentales que han conformado sus recomendaciones.

El Comité de Examen identificó los siguientes temas fundamentales:

- Los fallos de la respuesta al ebola no se debieron a defectos del RSI en sí mismo, sino a deficiencias en su aplicación.
- La aplicación plena del RSI debe ser un objetivo urgente para todos los países, puesto que es el medio colectivo para mejorar tanto la preparación mundial en materia de salud pública como la seguridad de la población mundial.
- Sin embargo, la aplicación plena del RSI no se puede lograr sin un aumento significativo de la financiación ni, pese a la urgencia de la tarea, en un plazo muy breve debido a las mejoras sistémicas que necesitan muchos Estados Partes.
- Las alianzas —con las comunidades, entre los países, en las regiones, con las organizaciones de ayuda y para el desarrollo, y con la OMS— son esenciales para aplicar el RSI y mejorar la preparación y la respuesta mundial en materia de salud pública.
- La aplicación del RSI no debería ser vista como el punto final de un proceso, sino como un ciclo de mejoras continuas de la preparación en salud pública, en el que la creación y mantenimiento de las capacidades básicas requeridas por el RSI se engarzan en el esencial fortalecimiento de los sistemas de salud.

5. El RSI sigue siendo un importante y valioso marco jurídico internacional que vertebra cualquier respuesta futura a una amenaza para la salud pública. El Comité ha concluido que no es necesario modificar el RSI. La prioridad más importante es mejorar rápidamente su aplicación, y el Comité de Examen se ha centrado en formular recomendaciones innovadoras y realistas para lograrlo.

6. Los países tienen que reconocer el RSI, darle prioridad y aplicar plenamente las capacidades básicas, en particular las de vigilancia, detección y respuesta eficaces, de conformidad con sus compromisos. El Comité de Examen tomó nota de que muchos países todavía tienen que alcanzar las metas relativas a las capacidades básicas; para ello será necesario aumentar la financiación y la colaboración entre los países y los organismos para el desarrollo. El fortalecimiento de las capacidades básicas requeridas por el RSI en muchos de los países con menos recursos, entre ellos los afectados por la epidemia de ebola, debe ir de la mano del fortalecimiento global del propio sistema de salud. El cumplimiento de los requisitos del RSI por los Estados Partes durante la emergencia del ebola, en particular con respecto a la notificación oportuna y al intercambio de información, fue extremadamente deficiente. La capacidad de la comunidad mundial para responder a las grandes amenazas sanitarias dependerá de nuestra capacidad para reforzar este componente esencial del RSI.

7. El Comité de Examen ha concluido que es imperativo dar prioridad a la aplicación del RSI en todos los países y elaborar y poner en práctica un plan global, mundial y estratégico de mejora. Dicho plan debe contar con recursos suficientes y armonizar la necesidad urgente de avanzar en la aplicación con la

realidad de que muchos países necesitarán apoyo técnico y económico para lograrlo. El Comité cree que este plan debe conseguir mejoras significativas de la aplicación del RSI en los primeros 3 años, pero que pueden ser necesarios 10 años para lograr el necesario fortalecimiento de los sistemas de salud.

8. El Comité ha recomendado que un elemento clave del plan estratégico de mejora sea un ciclo de evaluación, actuación y reevaluación. El Comité cree que la OMS tiene una función crucial para facilitar este ciclo; la evaluación externa independiente mediante el Marco OMS de seguimiento y evaluación del RSI añadirá al proceso un valor constructivo considerable.

9. Tomando nota de la función esencial de la OMS para liderar, coordinar y velar por los esfuerzos locales, regionales y mundiales de aplicación, en colaboración con los países y otras partes interesadas, el Comité de Examen ha recomendado que se refuerce la capacidad de la Organización para cumplir esa función.

10. El Comité reconoce que el RSI debe ser y parecer equitativo para todos los países y que todos estos deben estar igualmente comprometidos con su pleno cumplimiento, y no aplicar medidas que vayan más allá de las recomendadas por la OMS y puedan tener efectos negativos en la notificación de eventos de salud pública por parte de los países.

11. El RSI es el medio colectivo de garantizar la protección de la población mundial ante amenazas para la salud pública, pero este beneficio colectivo solo se podrá lograr si hay un compromiso colectivo con su aplicación.

Recomendaciones

12. Nuestras recomendaciones se dividen en dos grupos: 1) una estrategia destinada a garantizar la aplicación del RSI con base en nuevas propuestas (recomendaciones 1 a 6), y 2) la mejora del funcionamiento del RSI reforzando los enfoques existentes para su aplicación (recomendaciones 7 a 12). Las siguientes recomendaciones generales son respaldadas por recomendaciones pormenorizadas dirigidas a la OMS, los Estados Partes y otros interesados.

1. Aplicar el RSI en vez de modificarlo

En este momento no hay necesidad de abrir un proceso de modificación del RSI, del que no se obtendrían beneficios.

2. Elaborar un Plan Estratégico Mundial para mejorar la preparación y la respuesta de salud pública

La Secretaría de la OMS, junto con los Estados Partes y otros interesados clave, debería liderar la elaboración de un Plan Estratégico Mundial de mejora de la preparación en materia de salud pública, a fin de asegurar la aplicación del RSI, especialmente en lo que se refiere al establecimiento y monitoreo de las capacidades básicas. El Plan Estratégico Mundial debería servir de base para la elaboración de planes nacionales y de las oficinas regionales.

3. Financiar la aplicación del RSI, en particular para apoyar el Plan Estratégico Mundial

La OMS, los Estados Partes y los asociados internacionales para el desarrollo deberían comprometerse urgentemente a prestar apoyo financiero a nivel nacional, regional e internacional para la aplicación exitosa del Plan Estratégico Mundial.

4. Mejorar el conocimiento del RSI y reafirmar la función de liderazgo de la OMS, dentro del sistema de las Naciones Unidas, en la aplicación del Reglamento

Debería mejorarse el conocimiento y el reconocimiento del RSI dentro del sistema de las Naciones Unidas mediante la designación de un «defensor». Debería reafirmarse la función esencial de la OMS como líder y rectora de la aplicación del RSI.

5. Introducir y fomentar la evaluación externa de las capacidades básicas

La autoevaluación, complementada por la evaluación externa de las capacidades básicas requeridas por el RSI, debería convertirse en la práctica óptima reconocida para monitorear y reforzar la aplicación del Reglamento.

6. Mejorar la evaluación y la comunicación de los riesgos por parte de la OMS

La OMS debería establecer un comité consultivo permanente (CCP) que tuviera como finalidad principal examinar periódicamente la evaluación y la comunicación de los riesgos por parte de la Organización; crear un nivel de alerta intermedio consistente en una nueva categoría de riesgo que necesitaría un seguimiento específico y se denominaría Alerta Internacional de Salud Pública (AISP), y elaborar una estrategia de comunicación actualizada.

7. Mejorar la observancia de los requisitos relacionados con las medidas adicionales y las recomendaciones temporales

Los Estados Partes deberían velar por que las medidas de salud pública que apliquen se ajusten a las disposiciones del RSI. Para ello, la OMS debería incrementar la transparencia en relación con las medidas adicionales adoptadas por los Estados Partes y la publicidad sobre las recomendaciones temporales, además de crear alianzas con las organizaciones internacionales de viajes y comercio, y colaborar con otros interesados privados pertinentes.

8. Reforzar los Centros Nacionales de Enlace para el RSI

Los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el RSI deberían disponer de personal suficiente con experiencia, conocimientos técnicos y antigüedad, así como de los recursos necesarios (administrativos, logísticos y económicos) para llevar a cabo todas sus funciones obligatorias de coordinación y comunicación, así como cualquier otra función que les sea asignada por el Estado Parte.

9. Dar prioridad al apoyo a los países más vulnerables

La OMS debería dar prioridad a la prestación de apoyo para el establecimiento de las capacidades básicas y la detección de riesgos para la salud pública a aquellos países que tienen recursos extremadamente escasos, se encuentran en situación de conflicto o se consideran Estados frágiles.

10. Potenciar las capacidades básicas requeridas por el RSI en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud

La OMS y los Estados Partes deberían velar por que todos los programas de fortalecimiento de los sistemas de salud aborden específicamente las capacidades básicas requeridas por el RSI.

11. Mejorar el intercambio rápido de información y datos científicos y de salud pública

La OMS debería defender el intercambio abierto de información sobre los riesgos para la salud pública y ampliar las orientaciones acerca de las normas mundiales para intercambiar datos sobre muestras biológicas y secuenciaciones génicas durante las emergencias de salud pública.

La OMS y los Estados Partes deberían velar por que el intercambio de muestras y datos de secuenciación se equilibre en pie de igualdad con la compartición de beneficios.

12. Reforzar la capacidad de la OMS y las alianzas para aplicar el RSI y responder a las emergencias sanitarias

La capacidad de la OMS para aplicar el RSI debería reforzarse mediante una reforma de la Secretaría, alianzas más fuertes y un aumento significativo del apoyo financiero de los Estados Partes y otros interesados clave.

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

1.1 HISTORIA BREVE DEL RSI

1. La protección de la salud y el bienestar de la población es un reto formidable. La comunidad mundial se enfrenta periódicamente a la emergencia y reemergencia de amenazas planteadas por enfermedades infecciosas; al aumento y propagación de tasas alarmantes de resistencia a los antimicrobianos, a lo que se une el retraso en el desarrollo de fármacos y vacunas eficaces; a conflictos civiles que colapsan infraestructuras esenciales y producen migraciones transfronterizas a gran escala; al potencial de propagación rápida de las enfermedades a través de una red de viajes y comercio de gran alcance; a los cambios meteorológicos y climáticos; a los desastres naturales con importantes repercusiones en la salud, y a la liberación intencionada o no de agentes biológicos y radiactivos.

2. El concepto de seguridad sanitaria mundial lograda mediante la cooperación internacional no es nuevo, como demuestran las medidas adoptadas hace varios siglos para evitar la propagación internacional de la peste negra. Los orígenes de la OMS y del RSI (2005)¹ asientan en este concepto fundamental. Las Conferencias Sanitarias Internacionales de la segunda mitad del siglo XIX, tuvieron como resultado acuerdos que buscaban reducir la propagación internacional del cólera, la peste y la fiebre amarilla mediante medidas de cuarentena, al mismo tiempo que trataban de minimizar las repercusiones en el comercio internacional.^{2,3} Antes de la fundación de la OMS en 1948, instituciones como la Oficina Sanitaria Internacional (precursora de la Organización Panamericana de la Salud) y la Organización Sanitaria de la Liga de Naciones, establecieron otras funciones esenciales de salud pública, como la vigilancia y la notificación de determinadas enfermedades.⁴ El Reglamento Sanitario Internacional, adoptado en 1951 por la 4.^a Asamblea Mundial de la Salud, y el RSI (1969) fueron precursores directos del RSI (2005).

3. La impresionante propagación del SARS en 2003 y sus repercusiones en la salud, el transporte y la economía fueron potentes factores que llevaron a los Estados Partes⁵ a acelerar la revisión y la adopción del RSI (2005) como marco para gestionar las amenazas para la salud pública. Esta estrategia, producto de 10 años de compleja elaboración y negociación, es uno de los dos únicos instrumentos jurídicos vinculantes para todos los Estados Partes y la OMS. El alcance del Reglamento revisado va más allá de las enfermedades infecciosas e incluye una amplia gama de riesgos contemporáneos para la salud pública (de origen biológico, químico y radiactivo-nuclear).

4. El RSI (2005) tiene dos objetivos globales (artículo 2): primero, reforzar la preparación y las capacidades de los países de modo que, de forma proactiva, puedan detectar, evaluar, notificar y abor-

¹ Reglamento Sanitario Internacional (2005). 2.^a edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008, (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/sp/>).

² Clift C. The role of the World Health Organization in the international system. Working Group on Governance: Paper 1. In: *Centre on Global Health Security Working Group Papers*. London, Chatham House, February 2013 (https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/public/Research/Global%20Health/0213_who.pdf).

³ Plotkin BJ, Hardiman M, Gonzalez-Martin F, Rodier G. Infectious disease surveillance and the International Health Regulations. In: M'ikanatha NM, Lynfield R, Van Beneden CA, de Valk H, eds. *Infectious Disease Surveillance*, 2008 (<http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9780470692097>).

⁴ *Ibid.*

⁵ Los Estados Partes son aquellos países que están vinculados por el RSI de conformidad con la Constitución de la OMS y el propio Reglamento. En la actualidad hay 196 Estados Partes, entre los que se encuentran los 194 Estados Miembros de la OMS.

dar tempranamente las amenazas agudas para la salud pública, y, segundo, establecer obligaciones y mecanismos para «una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.» La aplicación del RSI es una responsabilidad compartida por los 196 Estados Partes y la OMS.

5. Desde que el RSI entró en vigor en junio de 2007, numerosos eventos de salud pública han puesto a prueba sus mecanismos operacionales y su marco estratégico global.¹ En general, el Reglamento ha demostrado ser un mecanismo factible para detectar precozmente los eventos de salud pública con potencial importancia internacional y darles una respuesta eficaz. La aplicación del RSI ha sido objeto de progresos demostrables en el establecimiento de una red mundial de CNE para el RSI que funcionan 24 horas al día los 7 días de la semana; el aumento de la transparencia en la notificación de eventos por los Estados Partes; el uso más sistemático de sistemas de alerta temprana de salud pública; la mejora de la comunicación y la colaboración entre los sectores de la sanidad humana y animal; los esfuerzos coordinados y colectivos de los países y los asociados para crear capacidades básicas, y la mejora de la coordinación regional y mundial.

6. La pandemia de gripe A(H1N1) 2009 fue la primera gran prueba para el RSI revisado. En mayo de 2010 la Asamblea Mundial de la Salud determinó que se realizara un primer examen del funcionamiento del RSI, en el que también se evaluaría la respuesta mundial a la pandemia de gripe A(H1N1) 2009. En dicho examen se concluyó que, a pesar de que el RSI mejoró la preparación mundial para las emergencias de salud pública, las capacidades básicas esenciales en los ámbitos nacional y local seguían estando lejos de ser plenamente operacionales. Esto y otras deficiencias graves de la preparación mundial, dejaron al mundo «...mal preparado para afrontar una pandemia grave o cualquier otra emergencia de salud pública que suponga una amenaza mundial y sostenida.»² La epidemia de EVE en África occidental fue la segunda gran prueba para el RSI revisado. Su gravedad y duración pusieron a prueba el RSI de una forma sin precedentes, demostrando claramente lo vulnerable y mal preparada que sigue estando la comunidad mundial.

1.2 EL EBOLA COMO GRAN PRUEBA DE LA PREPARACIÓN Y RESPUESTA

7. La epidemia de ebola que empezó en África occidental en diciembre de 2013 fue la más intensa y prolongada de la historia. Hasta el 13 de marzo de 2016 se habían registrado 28 603 casos confirmados, probables o sospechosos de EVE en Guinea, Liberia y Sierra Leona, y en los tres países habían fallecido 11 301 personas.³ Otros siete países sufrieron un pequeño número de casos y muertes. Durante la epidemia de ebola, la reducción del acceso a los servicios de atención sanitaria en los países más afectados también dio lugar a un considerable aumento del número de muertes por otras enfermedades; en un análisis se calculó que se habían producido más de 10 000 muertes adicionales por palu-

¹ Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Respuesta a las emergencias de salud pública. Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (A68/22) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22-sp.pdf).

² Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009. Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (A64/10) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf?ua=1).

³ Ebola Situation Report – 16 de marzo de 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-16-march-2016>).

dismo, VIH/sida y tuberculosis.¹ La pérdida de vidas se vio complicada por un importante impacto económico en los tres países más afectados; el Grupo del Banco Mundial ha estimado en US\$ 2200 millones la pérdida de producto interno bruto en esos tres países.²

8. Este evento sin precedentes tensó la capacidad de respuesta nacional y mundial mucho más allá de sus límites y puso de manifiesto grandes deficiencias en la detección y diagnóstico de la enfermedad, la respuesta clínica y el control de la infección. Las importantes lagunas de estas capacidades en todo el mundo contribuyeron a la aceleración de la Agenda sobre la Seguridad Sanitaria Mundial (GHSA),³ presentada en febrero de 2014, y a la creación de la Comisión sobre un marco mundial para los riesgos sanitarios,⁴ ambas destinadas a fomentar la aplicación del RSI.

9. La respuesta a la epidemia involucró a diversos agentes civiles y humanitarios internacionales y nacionales y a fuerzas militares extranjeras de varios países.⁵ Tras la adopción de sendas resoluciones por la Asamblea General y el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, se formó la primera misión de las Naciones Unidas para una emergencia sanitaria (la UNMEER), que estuvo operativa entre el 19 de septiembre de 2014 y el 31 de julio de 2015.

10. Se han emprendido varias evaluaciones independientes de las deficiencias de la respuesta al ebola y se han hecho propuestas para reforzar la preparación y la respuesta.^{6,7,8,9,10} Una conclusión sistemática y fundamental de estos exámenes ha sido la importancia y la urgencia de una estrategia mundial de preparación y respuesta ante los eventos y emergencias de salud pública, así como del fortalecimiento de los sistemas de salud y las capacidades, cuyo núcleo es el RSI.

¹ Parpia AS, Ndeffo-Mbah ML, Wenzel NS, Galvani AP. Effects of response to 2014–2015 Ebola outbreak on deaths from malaria, HIV/AIDS, and tuberculosis, West Africa. *Emerg Infect Dis.* 2016;22:433-1. doi: <http://dx.doi.org/10.3201/eid2203.150977>.

² World Bank Group Ebola Response Fact Sheet. Washington DC: The World Bank, February 2016 (<http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/world-bank-group-ebola-fact-sheet>).

³ Heymann DL, Chen L, Takemi K, Fidler DP, Tappero JW, Thomas MJ, et al. Global health security: the wider lessons from the west Africa Ebola virus disease epidemic. *Lancet.* 2015;385:1884-1901. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60858-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60858-3).

⁴ Dzau VJ, Rodin J. Creating a Global Health Risk Framework. *N Engl J Med.* 2015;373:991-993.

⁵ University of Sydney. Saving Lives: The civil-military response to the 2014 Ebola outbreak in West Africa. Interim Report. Sydney: University of Sydney, 2015 (<http://sydney.edu.au/mbi/PDFs/saving-lives.pdf>).

⁶ Report of the Ebola Interim Assessment Panel. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, julio de 2015 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>).

⁷ Moon S, Sridhar D, Pate MA, Jha AK, Clinton C, Delaunay S, et al. Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *Lancet.* 2015;386:2204-21. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00946-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00946-0).

⁸ Gostin LO, DeBartolo MC, Friedman EA. The International Health Regulations 10 years on: the governing framework for global health security. *Lancet.* 2015;386:2222-6. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00948-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00948-4).

⁹ Protecting Humanity from Future Health Crises. Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises. 25 January 2016. (http://www.un.org/News/dh/infocus/HLP/2016-02-05_Final_Report_Global_Response_to_Health_Crises.pdf).

¹⁰ Commission on a Global Health Risk Framework for the Future. The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises. Washington, DC. National Academy of Medicine, January 2016 (<http://nam.edu/wp-content/uploads/2016/01/Neglected-Dimension-of-Global-Security.pdf>).

1.3 EL MANDATO Y EL INFORME DEL PRESENTE COMITÉ DE EXAMEN

11. La resolución WHA68(10) de la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud definió así el mandato del Comité de Examen:¹

1. «Pidió a la Directora General que establezca un Comité de Examen de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para que examine el papel del Reglamento en el brote de ebola y en la respuesta que se le ha dado, con los objetivos siguientes:

a) evaluar la eficacia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) con respecto a la prevención, preparación y respuesta al brote de ebola, prestando especial atención a la notificación y los incentivos conexos, las recomendaciones temporales, las medidas adicionales, la declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional, las capacidades básicas nacionales y el contexto y vínculos con el Marco de Respuesta a las Emergencias² y otras responsabilidades humanitarias de la Organización;

b) evaluar el estado de la aplicación de las recomendaciones del anterior Comité de Examen de 2011³ y sus repercusiones en el actual brote de ebola;

c) recomendar medidas para mejorar el funcionamiento, la transparencia, la eficacia y la eficiencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular la respuesta de la OMS, y reforzar la preparación y la respuesta ante futuras emergencias con consecuencias sanitarias, proponiendo plazos para cada una de esas medidas.

2. Pidió a la Directora General que convoque el Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional (2005), según lo estipulado en dicho Reglamento, para agosto de 2015 e informe de los progresos de su labor a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2016.»

12. En el presente informe se describen las conclusiones y recomendaciones del Comité de Examen para mejorar la aplicación del RSI y asegurar mejor nuestra preparación y respuesta colectivas ante futuras amenazas para la salud mundial.⁴

¹ Resolución WHA68(10). Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 y seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre el ebola. En: 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (A68/DIV./3; párrafos 3 a 5).

² Resolución WHA65.20. En: 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

³ Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009. Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (A64/10) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf?ua=1).

⁴ Los nombres y la afiliación de los miembros del Comité de Examen figuran en el apéndice I.

2. MÉTODOS DE TRABAJO

13. El Comité de Examen se reunió en la sede la OMS en Ginebra en agosto, octubre, noviembre y diciembre de 2015, y en febrero y marzo de 2016. Estas reuniones se complementaron con más de una docena de teleconferencias y una visita de algunos de los miembros del Comité a la Oficina Regional de la OMS para África (AFRO). Una parte de cada una de las reuniones estuvo abierta a los Estados Partes, a las Naciones Unidas y sus organismos especializados, y a otras organizaciones intergubernamentales (OIG) y organizaciones no gubernamentales (ONG) pertinentes que mantienen relaciones oficiales con la OMS. Durante cada una de esas reuniones, el Comité de Examen celebró sesiones deliberantes abiertas únicamente a los miembros del Comité y a la secretaría del Comité de Examen del RSI de la OMS.

14. Los métodos de trabajo del Comité de Examen se detallan en el apéndice II y se resumen brevemente a continuación. El Comité inició sus trabajos con un análisis sistemático del RSI en el que se prestó especial atención a las áreas que se consideró que no funcionan eficazmente y a las posibles causas de esa disfunción. Tal como se especifica en su mandato, el Comité evaluó la eficacia del RSI en relación con la epidemia de ebola y el estado de la aplicación de las recomendaciones del anterior Comité de Examen del RSI de 2011. El Comité decidió examinar el estado de la aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen del RSI de 2014 sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI,¹ dado que estas recomendaciones se basan en las de 2011. El Comité examinó asimismo las recomendaciones que le hicieron el Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola² y el Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias.³

15. El Comité entrevistó o recibió aportaciones por escrito de cerca de 90 informadores; examinó documentos e informes clave, en particular las conclusiones de otras evaluaciones independientes de la respuesta mundial al ebola publicadas en 2015 y 2016; examinó las iniciativas en curso para proteger la salud pública mundial, y recabó información de la Secretaría de la OMS, entre otros, en la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países. El Comité de Examen buscó activamente aportaciones de los Estados Partes y de representantes de las Naciones Unidas y sus organismos especializados, así como de OIG y ONG que mantienen relaciones oficiales con la OMS, tanto mediante entrevistas como mediante un proceso de consultas electrónicas abiertas.

16. El Comité de Examen informó al Consejo Ejecutivo de los progresos de su labor en enero de 2016, y presentó a los Estados Partes el proyecto de sus recomendaciones en una sesión abierta de la reunión de marzo de 2016.

¹ Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (A68/22 Add.1) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-sp.pdf).

² Report of the Ebola Interim Assessment Panel. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, julio de 2015 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>).

³ Protecting Humanity from Future Health Crises. Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises. 25 de enero de 2016. (http://www.un.org/News/dh/infocus/HLP/2016-02-05_Final_Report_Global_Response_to_Health_Crises.pdf).

3. EVALUACIÓN

17. En el presente capítulo se abordan los primeros dos objetivos del mandato del Comité de Examen: evaluar la eficacia del RSI en la epidemia del ebola y valorar el estado de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen del RSI de 2011 y sus repercusiones para la epidemia del ebola.

18. El primer objetivo, esto es, evaluar el funcionamiento del RSI, se aborda desde la perspectiva de los Estados Partes (sección 3.1) y la Secretaría de la OMS (sección 3.2). A continuación se examinan los progresos realizados en la aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen del RSI de 2011 (sección 3.3); también se incluye en esta sección un análisis del estado de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen del RSI de 2014. El capítulo concluye con una evaluación recapitulativa de las conclusiones del Comité (3.4) y sienta las bases para las recomendaciones que se presentan en el capítulo 4.

3.1 LA EFICACIA DE LA APLICACIÓN DEL RSI EN LA EPIDEMIA DEL EBOLA: LA FUNCIÓN DE LOS ESTADOS PARTES

3.1.1 Preparación de los países: capacidades básicas requeridas por el RSI

19. El RSI obliga a todos los Estados Partes a establecer y mantener capacidades básicas en lo que respecta a la vigilancia, la evaluación de riesgos, la notificación y la respuesta a los riesgos y emergencias de salud pública. Estas capacidades tienen que estar operacionales a nivel nacional y subnacional, así como en los puntos de entrada y salida designados (figura 1).

20. En el RSI se especificaba que todos los Estados Partes debían tener instauradas las capacidades básicas para junio de 2012; sin embargo, para esa fecha, solo 42 (21%) de los 193¹ los Estados Partes declararon que habían adquirido las capacidades básicas mínimas requeridas.

21. Se permitió a los Estados solicitar una prórroga de dos años del plazo inicial, esto es, hasta junio de 2014, y en circunstancias excepcionales una segunda prórroga de dos años hasta junio de 2016. Aunque el número de países con las capacidades básicas mínimas había aumentado a 65 al 18 de noviembre de 2015, es evidente que a muchos países les queda un largo camino por recorrer. De los 193 Estados Partes, 84 (43%) solicitaron una prórroga adicional de dos años del plazo de aplicación, la cual les fue concedida (68 Estados Partes han presentado un plan de aplicación); y 44 (22%) no han comunicado sus intenciones a la OMS.

¹ Tres Estados adicionales se convirtieron en Partes en el RSI después de junio de 2007, por lo que disponen de plazos diferentes para aplicar las capacidades básicas y están excluidos de estos análisis.

Recuadro 1. Componentes del Marco OMS de monitoreo del RSI, 2015

Capacidades básicas

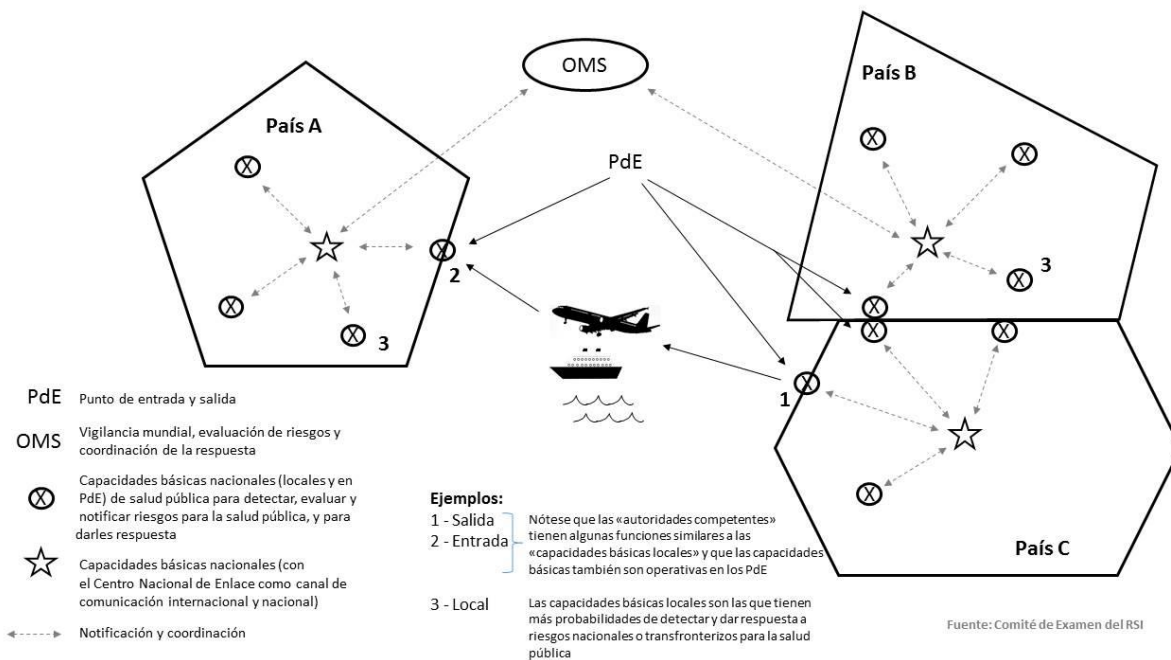
- Leyes nacionales, políticas y financiación
- Coordinación y comunicaciones de los CNE
- Vigilancia
- Respuesta
- Preparación
- Comunicación de riesgos
- Capacidad de recursos humanos
- Laboratorio

Puntos de entrada

Peligros relevantes para el RSI

- Eventos zoonóticos
- Inocuidad de los alimentos
- Eventos químicos
- Emergencias por radiación

Figura 1. Contención de la propagación de enfermedades mediante las capacidades básicas en los ámbitos local y nacional y en los puntos de entrada y salida, de conformidad con el RSI (2005)



Leyenda de la figura 1: El RSI (1969) se centró en la adopción de medidas sanitarias para una serie de enfermedades en los puntos de entrada. El RSI (2005) utiliza un concepto más amplio de riesgo para la salud pública y obliga a los Estados Partes a establecer y mantener funciones esenciales específicas en materia de salud pública tanto en los puntos de entrada como en los puntos de salida. Las capacidades básicas en materia de vigilancia, evaluación de riesgos,

notificación y respuesta deben estar operativas a nivel local dentro de los países, a nivel nacional y en los puntos de entrada y de salida. Las capacidades locales (por ejemplo, medidas de respuesta) se coordinan a nivel nacional, y las autoridades nacionales mantienen comunicaciones formales con la OMS (y otros Estados Partes) a través de los CNE. Estos múltiples niveles de capacidad en materia de salud pública trabajan de consuno para prevenir o mitigar la propagación nacional e internacional de las enfermedades.

22. Muchos observadores han interpretado que las elevadas tasas de incumplimiento son culpa de los Estados o de la OMS, debido a la falta de voluntad política o institucional. Sin embargo, para muchos países el incumplimiento resulta de una grave carencia de recursos financieros, humanos y logísticos, así como de la falta de conocimiento y concienciación acerca del RSI.

23. Esta cuestión es esencial para entender cómo se pueden aumentar las tasas de adquisición de las capacidades básicas: la principal razón por la que la epidemia del ebola quedó fuera de control no fue únicamente la falta de aplicación del RSI, sino otros factores, entre ellos la ausencia de sistemas adecuados de atención de la salud, la carencia de personal sanitario capacitado, la deficiente infraestructura de transporte y comunicaciones, los bajos niveles de alfabetización y la falta de colaboración con la comunidad. Las carencias financieras extremas pueden provocar que los países no puedan ni siquiera proporcionar una atención sanitaria primaria básica, por lo que muy probablemente tampoco puedan invertir en sistemas de alerta ante brotes.

24. Los conflictos, las migraciones y los desplazamientos de población son importantes obstáculos adicionales para la aplicación del RSI. Las capacidades locales y nacionales de vigilancia, alerta y respuesta pueden ser débiles o inexistentes en zonas geográficas en las que los gobiernos no ejercen plena autoridad. En lo que respecta especialmente a las poblaciones móviles o los refugiados, la interrupción de la infraestructura y los servicios básicos de salud pública conlleva un mayor riesgo de brotes o enfermedades infecciosas. Estos obstáculos para la aplicación de las capacidades básicas requieren una atención especial.

25. Para lograr que un mayor número de países adquieran las capacidades básicas, será necesario contar con un plan de financiación más realista en el que se tengan en cuenta las diferentes capacidades sociopolíticas y económicas de los países, priorizar el refuerzo de las capacidades básicas y maximizar las oportunidades para crear dichas capacidades en el marco de otros programas, como los relativos al fortalecimiento de los sistemas de salud.

3.1.1.1 Evaluación independiente de las capacidades básicas

26. Los Estados Partes tienen que informar anualmente acerca del establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas. Este requisito tiene varias finalidades: motivar a los Estados a avanzar hacia el cumplimiento porque deben informar de manera transparente sobre sus progresos al respecto o sobre la falta de estos; transmitir confianza a los Estados que han implantado las capacidades apropiadas; proporcionar una idea precisa de las zonas donde las amenazas para la salud pública podrían pasar desapercibidas o detectarse tarde o cuyo control sería difícil; y ayudar en la planificación detallada de la respuesta mundial a una emergencia de salud pública.

27. Tras la entrada en vigor del RSI en 2007, la OMS elaboró un marco de seguimiento.¹ Se trata de un cuestionario con una lista de verificación de indicadores que los Estados Partes utilizan para autoevaluar sus progresos en la aplicación de las capacidades requeridas. Los componentes del cuestionario

¹ Hardiman MC. World Health Organization perspective on implementation of International Health Regulations. *Emerg Infect Dis.* 2012;18:1041-6. doi: <http://dx.doi.org/10.3201/eid1807.120395>.

de seguimiento correspondiente a 2015 se enumeran en el recuadro 1.¹ Las puntuaciones relativas a las capacidades de cada país, estratificadas por región de la OMS, se comunican a la Asamblea Mundial de la Salud cada año.

28. La autoevaluación de las capacidades básicas fue el enfoque adoptado en los primeros años tras la entrada en vigor del RSI; muchos países estaban en una fase temprana de la creación y el fortalecimiento de las capacidades, y el RSI era nuevo y no se había probado anteriormente. Sin embargo, la utilización exclusiva de este enfoque ya no es adecuada; no siempre proporciona información fiable y exacta y puede minar la confianza de los Estados Partes en las capacidades de otros Estados.

29. El Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI señaló en noviembre de 2014 que «es indispensable disponer de mejor información sobre la solidez de las capacidades básicas de los Estados Partes» y recomendó que el proceso de autoevaluación anual se reforzara y se complementara con evaluaciones externas.² Las entrevistas del Comité de Examen con los informantes, las intervenciones de los Estados Partes y otras entidades y todos los exámenes de la respuesta mundial a la epidemia del ebola han evidenciado claramente que la dependencia excesiva de la autoevaluación ha tenido como resultado que la información notificada sobre las capacidades básicas sea incompleta y poco fiable.

30. La experiencia de la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental (EMRO) indica que las evaluaciones independientes son una opción viable. EMRO realizó evaluaciones independientes en todos sus Estados Partes (con la excepción de Omán y los Emiratos Árabes Unidos) a finales de 2014 para evaluar la preparación nacional y la respuesta a la epidemia del ebola.³ Estas evaluaciones revelaron que muchos países que habían notificado anteriormente a la OMS que cumplían las obligaciones relativas a las capacidades mínimas establecidas en el RSI presentaban en realidad importantes déficits en materia de preparación ante una emergencia sanitaria como la del ebola. Un hecho crucial es que las evaluaciones independientes demostraron que la evaluación del funcionamiento realizada por los propios países distaba mucho de la realidad. Los principales ámbitos en los que se detectaron déficits fueron los sistemas de mando para gestionar incidentes en emergencias, los programas nacionales de prevención y control de infecciones, los sistemas de vigilancia para detectar amenazas en tiempo real y la capacidad para notificar esos riesgos a las entidades apropiadas, la capacidad de diagnóstico para identificar rápidamente patógenos emergentes, y la capacidad de comunicación de riesgos.

31. Pese a estas conclusiones desfavorables, los países acogieron con agrado este nivel adicional de percepción, sobre todo porque EMRO dio seguimiento a las evaluaciones mediante un plan de 90 días destinado a brindar apoyo financiero y técnico para subsanar las deficiencias más urgentes. Por otro lado, como resultado de estas evaluaciones y con un sólido apoyo de los países, EMRO aprobó una resolución en octubre de 2015 con miras al establecimiento de una comisión independiente de evaluación regional integrada por expertos de los Estados Partes y la OMS para evaluar la aplicación y ase-

¹ Reglamento Sanitario Internacional (2005). IHR Core Capacity Monitoring Framework: questionnaire for monitoring progression of the implementation of IHR capacities in States Parties. Ginebra, Organización de la Salud, 2015 (WHO/HSE/GCR/2015.8) (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/163737/1/WHO_HSE_GCR_2015.8_eng.pdf?ua=1).

² Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (A68/22 Add.1) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-sp.pdf).

³ OMS. Implementation of the IHR 2005 in the Region with focus on Ebola virus disease. EMHJ. 2015;21:773-5 (<http://www.emro.who.int/emhj-volume-21-2015/volume-21-issue-10/implementation-of-the-ih-2005-in-the-region-with-focus-on-ebola-virus-disease.html>).

sorar a los países sobre cuestiones específicas.¹ Las Oficinas Regionales de la OMS para el Pacífico Occidental (WPRO) y Asia Sudoriental (SEARO) han emprendido una evaluación independiente más limitada de los progresos en el marco de la Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes, que constituye una plataforma para promover el cumplimiento del RSI.²

32. La Secretaría de la OMS ha elaborado un nuevo marco de monitoreo, evaluación y notificación de las capacidades básicas para después de 2016, tal y como recomendó el Comité de Examen del RSI sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI.³ El marco tiene cuatro componentes: una herramienta de autoevaluación, un examen posterior a la acción, ejercicios de simulación, y una evaluación externa independiente para la cual la Secretaría ha preparado una herramienta de evaluación externa conjunta del RSI. Los seis comités regionales de la OMS han examinado y apoyado el nuevo marco, que se presentará a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016.⁴

33. El Comité de Examen señala que este nuevo enfoque representa un cambio de paradigma: se pasa de considerar la adquisición de las capacidades básicas como una tarea que se ha de llevar completamente a cabo a más tardar en 2016, a mantener y reforzar las capacidades en el marco de un proceso de mejora constante de la calidad. No hay que dar por sentado que las capacidades básicas requeridas por el RSI se mantendrán indefinidamente una vez logradas. Los conflictos, los desastres naturales o la redefinición del orden de prioridades a la hora de asignar recursos, por ejemplo, pueden provocar que algunos países que anteriormente cumplían sus obligaciones empiecen a incumplirlas.

3.1.1.2 Centros Nacionales de Enlace para el RSI

34. Los Centros Nacionales de Enlace para el RSI (CNE) desempeñan una función esencial en la aplicación del RSI, ya que son el punto de contacto designado entre la OMS y los Estados Partes (artículo 4). La OMS estableció una plataforma segura en la web —el Sitio de Información sobre Eventos del RSI (SIE)— para comunicarse con los CNE. La OMS y los CNE utilizan el SIE para informar y alertar de eventos de salud con posibles repercusiones mundiales.

35. Aunque el RSI define el papel, las funciones, las responsabilidades y los requisitos operacionales de los CNE, el Estado Parte define la estructura, organización y ubicación exacta de su CNE. Existe una gran variabilidad en el enfoque adoptado por los Estados a este respecto. Los CNE suelen considerarse erróneamente como una entidad individual y no como una función de los gobiernos de los Estados Partes. De los 196 CNE, 194 están ubicados en estructuras relacionadas con la salud; el 83% están albergados por el ministerio de salud o equivalente; y el 15% son centros o institutos nacionales. Aunque es apropiado que la aplicación del RSI esté dirigida por los encargados de la salud pública, la ubicación del CNE puede generar en ocasiones una falta de colaboración intersectorial con

¹ Resolución EM/RC62/R.3 del Comité Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental. Assessment and monitoring of the implementation of the International Health Regulations (2005). El Cairo: Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; 2015 (http://applications.emro.who.int/docs/RC62_Resolutions_2015_R3_16576_EN.pdf?ua=1).

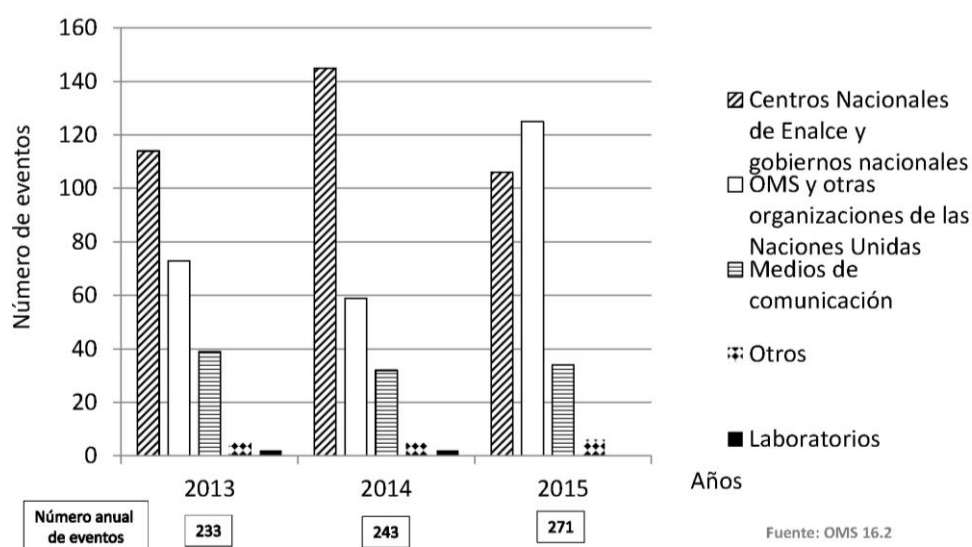
² Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes: 2010. Ginebra, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental y Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2010 (http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/documents/docs/ASPED_2010.pdf?ua=1).

³ Desarrollo, monitoreo y evaluación del funcionamiento de la capacidad básica para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Nota conceptual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/en/).

⁴ Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe de la Directora General (EB138/19). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_19-sp.pdf).

otros sectores clave como el de la alimentación o la agricultura, o una mala comprensión del RSI en sectores no relacionados con la salud.

Figura 2. Eventos documentados en el Sistema OMS de Gestión de Eventos, según la fuente de información, 2013-2015



36. Los informantes de los Estados Partes y las oficinas regionales y la sede de la OMS señalaron sistemáticamente que muchos CNE carecen de autoridad, capacidad, formación y recursos para llevar eficazmente su mandato tal y como aparece enunciado en el artículo 4. Aunque el ordenamiento jurídico del Estado Parte tal vez no requiera específicamente la formulación de leyes para respaldar las actividades del RSI, dichas leyes pueden facilitar el desempeño del Estado Parte y, en particular, el de su CNE.¹ La pandemia por virus H1N1 (2009) y la epidemia del ebola han evidenciado que los Estados tienen que ubicar los CNE en un nivel que cuente con las capacidades técnicas y políticas necesarias para aplicar el RSI y, en particular, con acceso a otros sectores y, cuando proceda, a las más altas esferas políticas. La falta de autoridad política y gubernamental puede provocar retrasos en la comparación, notificación y comunicación de información, que son las funciones básicas de los CNE con arreglo al RSI.

37. Aun reconociendo el valioso papel que desempeñan los CNE, los Comités de Examen del RSI tanto de 2011² como de 2014³ consideraron que la falta de recursos y autoridad de que estos adolecen representa una carencia fundamental que dificulta la aplicación efectiva del RSI. Será positivo estable-

¹ Reglamento Sanitario Internacional (2005). Toolkit for implementation in national legislation. The National IHR Focal Point. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (WHO/HSE/IHR/2009.4) (http://www.who.int/ihr/NFP_Toolkit.pdf).

² Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009. Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (A64/10) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf?ua=1).

³ Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen sobre las segundas prórogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (A68/22 Add.1) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-sp.pdf).

cer relaciones operacionales entre los CNE y los puntos focales nacionales en materia de seguridad o reducción de riesgos de desastres.

38. Aunque el posicionamiento de los CNE se puede mejorar en muchos aspectos, estos siguen siendo un componente del Reglamento que funciona bien. Constituyen un elemento importante del sistema de alerta temprana sobre eventos, los cuales quedan registrados mediante el instrumento interno de gestión de información en la web —Sistema de Gestión de Eventos— (figura 2), y desempeñan una función esencial en la respuesta de la OMS a los brotes.

3.1.1.3 Fortalecimiento de las capacidades básicas requeridas por el RSI mediante el establecimiento de prioridades y vínculos con otros marcos

39. Para la mayoría de los países, el fortalecimiento de todas las capacidades básicas previstas en el RSI representa un desafío financiero y de recursos humanos. Dado que la mayoría de los Estados Partes todavía no han establecido las capacidades básicas mínimas, es evidentemente necesario establecer prioridades para proceder a dicho fortalecimiento. Esto no se aborda específicamente en el RSI, dado que se consideró que los países definirían sus propias prioridades.

40. En el marco de la Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes se ha desarrollado un enfoque práctico para establecer prioridades respecto del fortalecimiento de las capacidades básicas y, al mismo tiempo, seguir prestando amplia atención a las capacidades genéricas en materia de salud pública. Se alienta a los países a dar prioridad a ocho esferas: *i*) vigilancia, evaluación de riesgos y respuesta, *ii*) zoonosis y colaboración con el sector de la salud animal; *iii*) laboratorios; *iv*) prevención y control de infecciones; *v*) comunicación de riesgos; *vi*) planificación y preparación regional; *vii*) capacidad genérica en materia de emergencias de salud pública; y *viii*) monitoreo y evaluación para orientar o clasificar por orden de prioridad las actividades en curso en materia de fortalecimiento de la capacidad y facilitar el acceso a la financiación y al apoyo técnico.¹

41. Aunque ocupa un lugar prominente, el RSI no se concibió nunca como el único marco para facilitar el fortalecimiento de la capacidad. La iniciativa denominada «Una salud», por ejemplo, pone énfasis en que la salud de las personas está inextricablemente ligada a la salud de los animales y al medio ambiente a nivel local, nacional y mundial. La prevención y el control de las zoonosis son una responsabilidad compartida de las autoridades de salud pública humana y animal. La OMS, en colaboración con la Office international des Épizooties/Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y el Banco Mundial, ha elaborado un marco de gobernanza sanitaria mundial en la interfaz entre el ser humano y los animales.² Otros planes y marcos, como los planes de preparación ante pandemias, el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (Marco de PIP)³ y los planes nacionales de respuesta a emergencias, ofrecen enfoques sinérgicos para reforzar las actividades de los países en materia de prevención, respuesta y control de las amenazas de salud pública. La rápida contención del ebola por parte de Nigeria, por ejemplo, se ha debido en parte a las inversiones en infraestructura, operaciones, dotación

¹ Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes: 2010. Ginebra, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental y Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2010 (http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/documents/docs/ASPED_2010.pdf?ua=1).

² WHO-OIE Operational Framework for good governance at the human-animal interface: Bridging WHO and OIE tools for the assessment of national capacities. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, y Roma, Office international des Épizooties/Organización Mundial de Sanidad Animal, 2014 (http://www.oie.int/fileadmin/Home/fr/Media_Center/docs/pdf/WHO_OIE_Operational_Framework_Final2.pdf)

³ Pandemic influenza preparedness Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44796/1/9789241503082_eng.pdf).

de personal y fundamentos básicos de la salud pública realizadas en el marco de la erradicación de la poliomielitis.¹ Sin embargo, dichas capacidades pueden verse amenazadas cuando se retira la financiación destinada a programas específicos como el relativo a la erradicación de la poliomielitis.

3.1.1.4 Optimización del fortalecimiento de las capacidades básicas requeridas por el RSI en el marco del refuerzo de los sistemas de salud

42. La debilidad de los sistemas de salud de Liberia, Sierra Leona y Guinea a raíz de los conflictos acaecidos en estos países contribuyó a que el virus del Ebola no se detectara y se propagara sin control. Muchos otros países no tienen un número suficiente de establecimientos clínicos operativos y de personal capacitado, ni programas sólidos de control de infecciones ni sistemas de vigilancia y notificación epidemiológica y de laboratorio. En estos mismos contextos se suele carecer también de infraestructura básica, como agua corriente salubre, un suministro eléctrico fiable y carreteras.² Dadas las elevadas tasas de transmisión del virus del Ebola en entornos de atención sanitaria, el Comité señaló la necesidad de elevar los niveles de prevención y control de infecciones en los centros médicos para mitigar la propagación de la infección en los entornos de atención sanitaria. También se precisan orientaciones sobre la gestión de las unidades de aislamiento y cuarentena para evitar la propagación accidental de la enfermedad.

43. En el RSI prácticamente no se alude a los servicios y sistemas de salud durante eventos de salud pública; sin embargo, sin ellos es casi imposible brindar respuestas eficaces. El fortalecimiento de las capacidades básicas previstas en el RSI está intrínsecamente ligado al fortalecimiento de los sistemas de salud. Este fue uno de los principales temas dimanantes de la reunión de alto nivel de asociados y partes interesadas sobre «La seguridad sanitaria más allá del ebola», organizada por la OMS y el Gobierno de Sudáfrica en Ciudad del Cabo en julio de 2015.³ El fortalecimiento de los sistemas de salud, sobre todo el establecimiento de servicios de tratamiento esenciales seguros (en particular la asistencia sanitaria primaria), el desarrollo de la fuerza de trabajo, el refuerzo de los sistemas de información sanitaria y la creación de capacidad de gestión y gobernanza, suele ser la forma más eficaz de promover las capacidades esenciales de primera línea previstas en el RSI.

44. Es probable que se ponga un mayor énfasis en las capacidades básicas requeridas por el RSI como parte del fortalecimiento de los sistemas de salud en el marco de los progresos más amplios hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La cobertura sanitaria universal y los sistemas de salud integrados sustentan todos los ODS.⁴ Una de las metas del ODS 3 relativo a la salud («Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades») se refiere directamente a la necesidad de fortalecer las capacidades básicas requeridas por el RSI: «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».⁴ No obstante, queda por definir el modo en que esto se ha de lograr en las zonas afectadas por conflictos que no están bajo el control de los Estados Partes.

¹ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Ebola virus disease outbreak — Nigeria, julio–septiembre de 2014. *MMWR*. 2014; 63:867-72.

² Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre la emergencia del ebola. Desarrollar sistemas de salud resistentes en países afectados por el ebola. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (EB136/INF.5) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS3/EBSS3_INF2-sp.pdf).

³ Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (EB138/19) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_19-sp.pdf).

⁴ La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Informe de la Secretaría. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (EB138/14) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_14-sp.pdf).

45. Los asociados internacionales en pro del desarrollo tal vez consideren las capacidades básicas requeridas por el RSI como otro programa «vertical» con poca relación con el fortalecimiento de los sistemas de salud. Sin embargo, la aplicación del RSI puede ser una forma concreta de reforzar los sistemas de salud, y la existencia de sistemas de salud más sólidos facilitará a su vez la aplicación del RSI. La participación de los asociados internacionales en pro del desarrollo en los exámenes anuales de los progresos realizados por los Estados Partes en la aplicación del RSI puede contribuir a promover esta idea.

3.1.1.5 Trascender del sector de la salud para hacer partícipes a las comunidades

46. La sociedad civil puede estar representada por partes interesadas clave de las comunidades, como dirigentes comunitarios, grupos tradicionales y líderes religiosos. Los informantes recalcaron que la colaboración con las ONG y los principales dirigentes comunitarios reviste una importancia capital para la detección temprana de eventos de salud pública y la respuesta a ellos. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, por ejemplo, adopta enfoques informales y no tradicionales de las capacidades de vigilancia y respuesta a brotes en zonas afectadas por conflictos o con sistemas sanitarios deficientes. Los farmacéuticos comunitarios, los curanderos tradicionales y los clérigos desempeñan un importante papel en la detección y notificación de casos en tales entornos. La concertación de acuerdos formales para aumentar la colaboración entre la OMS y las OIG y otras organizaciones humanitarias podría facilitar la identificación y notificación tempranas de eventos de salud pública, especialmente en zonas donde el Estado ejerce poca autoridad; asimismo, las ONG y las OIG son una fuente fundamental de datos. Con todo, los trabajadores comunitarios y los voluntarios tienen que estar bien capacitados y recibir las herramientas y el apoyo adecuados para poder llevar a cabo actividades de preparación y respuesta, por ejemplo en el ámbito de la vigilancia.

47. Durante la respuesta al ebola, las dificultades para hacer partícipes a las comunidades generaron desconfianza hacia los trabajadores clínicos y de salud pública, resistencia a medidas de prevención y control tales como el aislamiento de los pacientes y los entierros seguros, y la estigmatización de los pacientes. Médecins Sans Frontières (MSF) y otras organizaciones colaboraron de manera eficaz con las comunidades locales para informar a la población y rastrear contactos.¹ Los antropólogos también desempeñaron un papel esencial articulando una respuesta social y culturalmente apropiada a la epidemia del ebola; en futuras respuestas convendría considerar seriamente la utilización de antropólogos.

48. Muchos informantes resaltaron la importancia de hacer partícipes a las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en la planificación de la preparación ante pandemias y otros eventos graves de salud pública. Además de su labor sobre el terreno, las OSC desempeñan un papel esencial como observadoras del modo en que la OMS y otras entidades se preparan para hacer frente a las emergencias sanitarias y responden ante ellas.

3.1.1.6 Financiación de la aplicación de las capacidades básicas previstas en el RSI

49. Además de las deficiencias en la autoevaluación de las capacidades básicas, el Comité de Examen y los informantes de los Estados Partes, todos los niveles de la OMS y las ONG identificaron la falta de financiación predecible y sostenible como otro obstáculo importante para la aplicación del RSI.

¹ Gostin LO, Friedman EA. 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. *Lancet*. 2015;385:1902-1909. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60644-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60644-4).

50. Con todo, se dispone de pocos datos para estimar el costo de la aplicación de las capacidades básicas requeridas por el RSI en los países. En un estudio se calculó que, para un país «genérico» de Asia Sudoriental de 60 millones de habitantes, los costos puntuales de capital y los costos de funcionamiento necesarios para crear desde cero y mantener las capacidades básicas requeridas por el RSI eran de US\$ 79,3 millones y US\$ 151,3-203,5 millones al año, respectivamente.¹ Estos costos estimados superaban con creces los costos de establecimiento y mantenimiento de servicios de salud esenciales adecuados. En otro estudio, el Banco Mundial estimó que los fondos necesarios para adecuar el sistema de prevención y control de las principales zoonosis de los países en desarrollo a las normas de la OIE y la OMS² eran de entre US\$ 1900 y 3400 millones al año para 60 países de ingresos bajos y 79 países de ingresos medianos;³ estos costos constituían el principal componente de los US\$ 4500 millones anuales que la Commission on a Global Health Risk Framework for the Future estimó necesarios para mejorar la respuesta mundial a futuras pandemias.⁴

51. El Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola recomendó que se preparara un plan con prioridades y costos para desarrollar las capacidades básicas en todos los Estados, el cual estaría cofinanciado por el Banco Mundial. En algunos países, dichos costos pueden cubrirse con fondos internos, siempre que exista la voluntad política necesaria. Se necesitarán pruebas sólidas sobre el rendimiento que los países pueden obtener de esta inversión para convencer a algunos gobiernos de la utilidad de invertir recursos nacionales en la aplicación del RSI.

52. Aunque los países deben responsabilizarse de la financiación de las capacidades básicas, muchos de ellos necesitarán alguna forma de ayuda externa. Entre las posibles fuentes de ayuda financiera para los países figuran los Estados Miembros, el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo, los asociados, organismos y organizaciones de desarrollo, las organizaciones filantrópicas y el sector privado. La movilización de fuentes de financiación existentes o nuevas tal vez sea posible.^{5,6}

53. El Comité de Examen se siente alentado por varias iniciativas recientes, como el Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia del Banco Mundial,⁷ la reunión celebrada en Ciudad del Cabo en julio de 2015⁸ y la reunión del G7 en octubre de 2015 en Berlín,¹ cuya finalidad es

¹ Katz R, Hate V, Kornblet S, Fischer JE. Costing framework for International Health Regulations (2005). *Emerg Infect Dis* 2012;18:1121-7. Doi: 10.3201/eid1807.120191.

² Las tareas específicas de prevención y control en el sector de la salud humana que requieren financiación: sistemas de vigilancia y alerta temprana, servicios de diagnóstico en laboratorio, investigación y respuesta rápida, y programas de vacunación e higiene, así como otras actividades generales no especificadas.

³ People, pathogens and our planet: volume 2 – the economies of One Health, Washington, DC, Banco Mundial, 2012.

⁴ Commission on a Global Health Risk Framework for the Future. The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises. Washington, DC. Academia Nacional de Medicina, enero de 2016 (<http://nam.edu/wp-content/uploads/2016/01/Neglected-Dimension-of-Global-Security.pdf>).

⁵ Protecting Humanity from Future Health Crises. Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises. 25 de enero de 2016. (http://www.un.org/News/dh/infocus/HLP/2016-02-05_Final_Report_Global_Response_to_Health_Crises.pdf).

⁶ Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina. Global health risk framework: Pandemic financing: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2016 (doi: 10.17226/21855, consultado el 31 de marzo de 2016).

⁷ Pandemic Emergency Facility: Frequently asked questions. Washington, DC, Banco Mundial, 2016 (<http://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/pandemic-emergency-facility-frequently-asked-questions>).

⁸ Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (EB138/19) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_19-sp.pdf).

contribuir a recabar el apoyo financiero necesario para fortalecer los sistemas de salud y las capacidades básicas requeridas por el RSI. Además, la creciente colaboración en el marco de la ASSM, que abarca cerca de 50 países, ha movilizó importantes recursos financieros y técnicos para ayudar a los países. La OMS podría servir de intermediaria para reunir a los financiadores en pro del desarrollo y a los países de escasos recursos y fomentar la cooperación bilateral entre Estados.

54. Se pueden extraer enseñanzas sobre la financiación de las necesidades de los países a partir de las experiencias de las iniciativas mundiales de salud como la Alianza Gavi para las Vacunas y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Estas iniciativas cuentan con una financiación basada en resultados —esto es, una financiación basada en el cumplimiento de indicadores clave—, así como con recursos nacionales y externos.

3.1.2 Notificación y compartición de datos

55. La detección temprana de eventos de salud pública, seguida de una evaluación oportuna de los riesgos y de la compartición de información precisa, es esencial durante una emergencia importante de salud pública.

La epidemia del ebola: detección temprana, evaluación de riesgos y notificación a la OMS

56. La información que la OMS necesita para desempeñar sus funciones de vigilancia mundial y evaluación de riesgos le es transmitida por diversas fuentes oficiales y no oficiales.

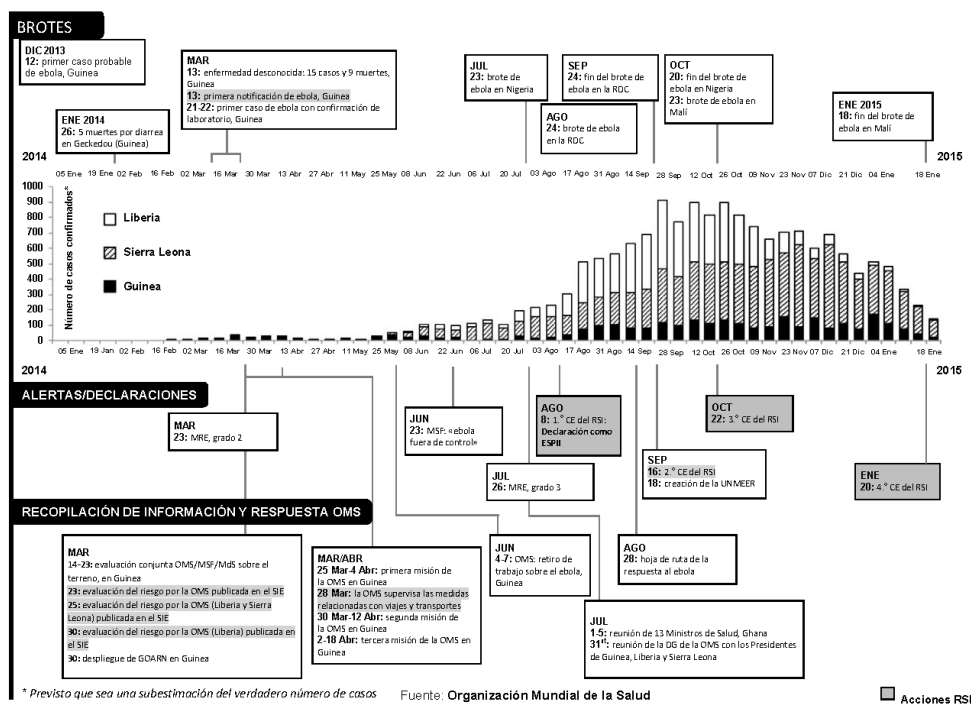
57. En virtud del RSI, los Estados Partes tienen que notificar a la OMS todos los eventos que consideren que pueden constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). Estas notificaciones deben realizarse en las 24 horas siguientes a la evaluación efectuada por el país; este plazo obligatorio es problemático, ya que la evaluación puede durar varios días dependiendo de la disponibilidad de información y recursos técnicos y de la capacidad del Estado Parte, en particular de la diligencia y experiencia del CNE. También suele influir la preocupación por las posibles consecuencias económicas y políticas negativas. Según las circunstancias del evento, la «notificación» (artículo 6) puede ser considerada como una etapa significativa por los Estados Partes. En vista de ello, el RSI prevé «consultas» (artículo 8) y autoriza a la OMS a hacer un seguimiento de las cuestiones señaladas a su atención por otras fuentes, que pueden ser informales (artículo 9).

58. El Comité de Examen revisó los eventos relacionados con la detección inicial y la notificación de casos de ebola en África occidental, así como la evaluación ulterior de los riesgos y las actividades de respuesta (figura 3). La OMS ha descrito anteriormente la evolución inicial de la epidemia, que aparece resumida a continuación.²

Figura 3. Cronología de eventos relacionados con la epidemia de ebola registrados en el Sistema de Gestión de Eventos de la OMS, enero de 2014 a enero de 2015

¹ Declaración de los ministros de salud del G7. En: *G7 Germany, Berlin, 8-9 October 2015*. (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister_2015/G7_Health_Ministers_Declaration_AMR_and_EBOLA.pdf).

² One year into the Ebola epidemic: a deadly, tenacious and unforgiving virus. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/introduction/en/>).



CE: Comité de Examen. DG: Directora General. ESPII: emergencia de salud pública de importancia internacional. GOARN: Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. MdS: Ministerio de Salud. MRE: marco de respuesta a emergencias. MSF: *Médecins sans Frontières*. RDC: República Democrática del Congo. RSI: Reglamento Sanitario Internacional. SIE: sitio de información sobre eventos. UNMEER: Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ebola.

59. Las investigaciones retrospectivas determinaron que el caso índice de la epidemia del ebola se produjo en un remoto pueblo rural de Guinea a finales de diciembre de 2013. A mediados de enero, varios contactos familiares del caso enfermaron y murieron. El 24 de enero, el jefe del centro de salud local informó a los responsables sanitarios del distrito de cinco muertes asociadas a diarreas, vómitos y deshidratación graves. Un equipo de MSF viajó a la zona el 27 de enero. Las muestras tomadas a los pacientes presentaban bacterias que apuntaban en principio a un diagnóstico de cólera. Tras la visita de ese equipo se produjeron más muertes, pero no se notificaron ni investigaron. Los casos siguieron expandiéndose y llegaron hasta la capital (Conakry) sin ser detectados por los sistemas locales y nacionales de vigilancia.

60. El primer informe oficial registrado en el Sistema de Gestión de Eventos acerca de este evento de etiología indeterminada fue comunicado por la Oficina de la OMS en Guinea el 13 de marzo de 2014. Esto desencadenó el proceso de verificación habitual, incluida una investigación realizada del 14 al 23 de marzo por personal del Ministerio de Salud, la Oficina Regional y MSF. El 21 de marzo, el Instituto Pasteur de Lyon (Francia), que es un Centro Colaborador de la OMS, identificó un filovirus como el agente causal, y el 22 de marzo se confirmó que se trataba del virus del Ebola-Zaire. Las autoridades nacionales alertaron a la OMS ese mismo día; hasta entonces se habían notificado en total 49 casos, 29 de ellos mortales (tasa de letalidad: 59%). El 23 de marzo, la OMS publicó una evaluación preliminar de los riesgos en su sitio web protegido (SIE), y anunció públicamente en su sitio web la rápida propagación del brote. El 25 de marzo comenzaron las investigaciones sobre los casos sospechosos en Liberia y Sierra Leona, y el 30 de marzo se confirmó la presencia del virus del Ebola en Liberia; la OMS publicó actualizaciones cotidianas de las evaluaciones de los riesgos en el SIE. El papel desempeñado por la OMS en la evaluación de los riesgos durante el brote de ebola en África occidental se examina en la sección 3.2.

61. Los déficits en las capacidades básicas requeridas por el RSI a nivel nacional y subnacional fueron ciertamente un factor clave en la propagación sin control del virus del Ebola. Los retrasos en las notificaciones probablemente contribuyeron también a ello. El Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola concluyó que «existen claramente una serie de factores que desincentivan la notificación rápida y transparente de brotes epidémicos por parte de los países afectados, ya que este proceder a menudo es penalizado por otros países. Esto supuso un importante problema en la crisis del ebola».¹ El Grupo de expertos recomendó que el Comité de Examen estudiase la adopción de incentivos que alienten a los países a notificar a la OMS posibles riesgos para la salud pública. Esos incentivos podrían incluir mecanismos innovadores de financiación, como un seguro que se active para mitigar efectos económicos adversos.

62. Se debe alentar a los países a detectar, evaluar y notificar oficialmente los eventos de manera oportuna. Por ejemplo, se podría vincular la rapidez en la notificación a un aumento de la asistencia técnica o financiera, o a una ayuda para acceder a medicamentos, suministros, material y medios de diagnóstico esenciales. La creación de un seguro en caso de epidemia, tal y como prevé el Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia del Banco Mundial, podría incentivar a los países para que notifiquen los eventos. No obstante, dichos fondos tendrían que desembolsarse con rapidez, y se podría considerar la posibilidad de ajustar el monto de las primas del seguro en función del nivel de preparación del país. Aunque un mecanismo de seguro mundial podría promover la notificación, también podría disuadir a algunos países de invertir en el fortalecimiento de las capacidades básicas requeridas por el RSI (véase también el apéndice III).

Intercambio de datos y muestras en el contexto de una emergencia de salud pública

63. Con arreglo al artículo 6 del RSI, los Estados Partes deben seguir comunicando «información suficientemente detallada sobre la salud pública» relativa al evento notificado, con inclusión de definiciones de los casos, resultados de laboratorio, número de casos y defunciones, condiciones que influyen en la propagación de la enfermedad y las medidas sanitarias aplicadas. Es importante resaltar que los datos y las muestras pertenecen al país que los generó. Se ha de promover la investigación colaborativa en el contexto de las emergencias de salud pública. Lamentablemente, esto no fue siempre así durante la epidemia del ebola o en otros eventos de gran visibilidad como la pandemia de 2009 o el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS); peores aún son los casos en los que a los científicos de países afectados no se les reconoce debidamente el haber proporcionado los datos y las muestras.² Sin embargo, la restricción de la difusión de datos y muestras puede provocar la pérdida de oportunidades de enriquecer los análisis y de desarrollar medios de diagnóstico, medicamentos y vacunas eficaces.

64. En mayo de 2015, la OMS organizó una Cumbre sobre investigación y desarrollo acerca del ebola en la que también se abordaron el intercambio de datos y el acceso a las primeras informaciones epidemiológicas y a los resultados de los ensayos clínicos.³ Posteriormente (en septiembre de 2015) se celebró una consulta de la OMS sobre la elaboración de normas mundiales para el intercambio de datos y resultados durante emergencias de salud pública. En dicha consulta se identificaron varios facto-

¹ Informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, julio de 2015. (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-es.pdf>).

² Heymann DL, Liu J, Lillywhite L. Partnerships, not parachutists, for Zika research. *NEJM*, 2016, doi: 10.1056/NEJMp1602278.

³ WHO Ebola Research and Development Summit. Meeting report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (WHO/EVD/Meet/HIS/15.3) (http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/WHO_EVD_Meet_HIS_15.3_report/en/).

res que pueden inhibir el intercambio de datos y resultados.¹ Los participantes estuvieron de acuerdo en que la opción implícita era que los datos deben compartirse (política de aceptación tácita) para posibilitar que los conocimientos generados se transformen en un bien público mundial.² Los representantes de las principales revistas biomédicas que asistieron a la reunión formularon una declaración de consenso en la que exponían su postura: *i*) las revistas no deberían retrasar el acceso a información relevante en emergencias de salud pública; y *ii*) la publicación previa de conclusiones clave pertinentes para la salud pública no repercutirá negativamente en la publicación ulterior de las revistas. Para acelerar y ampliar la difusión de la información, el Boletín de la OMS ha creado una página abierta sobre la infección por el virus de Zika donde se publican artículos relativos a esta emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), los cuales se pueden utilizar si restricción.³

65. Las enseñanzas extraídas de la respuesta en materia de investigación y desarrollo (I+D) a la epidemia del ebola en África occidental han contribuido a la elaboración en curso de un Plan integral de preparación en materia de I+D en el contexto de las amenazas para la salud pública mundial provocadas por agentes infecciosos.⁴ En la Asamblea Mundial de la Salud de 2015 se pidió a la OMS que elaborara un marco para mejorar la preparación en materia de I+D frente a enfermedades epidemiológicas y para las que las soluciones preventivas o curativas son inexistentes o insuficientes. En el Plan también se abordará el modo de crear un entorno de I+D que pueda ponerse en funcionamiento de manera más eficaz durante un brote. El borrador actual del Plan se centra en la investigación relativa al desarrollo de vacunas y productos terapéuticos; no hace prácticamente referencia a la investigación necesaria durante un brote para mejorar el conocimiento de la epidemiología y la transmisión de los agentes patógenos. La OMS, en consulta con diversos asociados y expertos, está explorando activamente modelos nuevos e innovadores de financiación para la preparación y la respuesta en materia de I+D.⁵ La Commission on a Global Health Risk Framework for the Future recomendó fijar como objetivo un aumento de los gastos de US\$ 1000 millones al año durante 15 años.⁶

66. El Comité de Examen señaló que el intercambio de sustancias biológicas y de muestras a efectos de diagnóstico, incluidos los datos de las secuencias génicas conexos, es mucho más importante de lo que se previó cuando se adoptó el RSI en 2005. El acceso a los datos de las secuencias génicas suele ser esencial para la respuesta a emergencias de salud pública porque puede facilitar el desarrollo de pruebas de diagnóstico, vacunas y medicamentos eficaces.

¹ Developing global norms for sharing data and results during public health emergencies. Statement arising from a WHO Consultation held on 1-2 September 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/blueprint_phe_data-share-results/en/).

² Developing Global Norms for Sharing Data and Results during Public Health Emergencies. WHO Consultation 1-2 September 2015: Summary and Key Conclusions. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/data-sharing_phe/en/#).

³ Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Zika Open (http://www.who.int/bulletin/online_first/zika_open/en/).

⁴ An R&D blueprint for action to prevent epidemics. Accelerating R&D and saving lives. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/csr/research-and-development/r_d_blueprint_brochure2015.pdf).

⁵ Outcome document: Financing of R&D Preparedness and Response to Epidemic Emergencies, October 29-30, 2015, Oslo, Norway. Geneva, World Health Organization, 2015 (<http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/Outcome.pdf?ua=1>).

⁶ Commission on a Global Health Risk Framework for the Future. The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises. Washington, DC. Academia Nacional de Medicina, enero de 2016 (<http://nam.edu/wp-content/uploads/2016/01/Neglected-Dimension-of-Global-Security.pdf>).

67. Existen varios instrumentos e iniciativas internacionales relativos al intercambio de agentes patógenos y datos sobre las secuencias génicas de dichos agentes patógenos. Algunos aspectos del Acuerdo del Marco de PIP¹ y del Protocolo de Nagoya² son pertinentes para el RSI (recuadro 2), en particular el intercambio oportuno de agentes patógenos, datos sobre las secuencias génicas y otras informaciones en emergencias de salud pública de importancia internacional, y el acceso por los países que lo necesitan a los beneficios derivados de su utilización. El Comité de Examen señaló que, a petición de los Estados Miembros durante la reunión de 2016 del Consejo Ejecutivo, la Secretaría de la OMS está preparando un documento sobre las repercusiones para la salud pública del Protocolo de Nagoya, que será presentado al Consejo Ejecutivo en 2017. La posible ampliación del Marco de PIP a agentes infecciosos distintos de los virus gripales necesita ser objeto de reflexión. Toda mejora del acceso a los materiales y datos y de su intercambio debe sustentarse en la compartición de los beneficios.

Recuadro 2. Instrumentos internacionales relativos al intercambio de agentes patógenos y datos sobre las secuencias génicas

Marco de Preparación para una gripe pandémica (PIP)

- Adoptado en 2011 por la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud
- Vincula el intercambio de virus gripales potencialmente pandémicos con el intercambio de beneficios para los países que lo necesiten; por ejemplo, el acceso a antivíricos y vacunas y la asistencia con la creación de capacidad en ámbitos estrechamente relacionados con las capacidades básicas del RSI
- Abarca los datos sobre las secuencias génicas
- Examen de 2016 del Marco de PIP para incluir los datos sobre las secuencias génicas y su manejo en virtud del Marco, así como vínculos con el Protocolo de Nagoya y el RSI

Protocolo de Nagoya

- Acuerdo complementario de 2010 al Convenio sobre la Diversidad Biológica de 1992
- Se aplica a los recursos genéticos que abarca dicho Convenio y a los beneficios que se deriven de su utilización
- No obliga a los países a intercambiar agentes patógenos
- En el preámbulo se indica que las Partes «tienen en cuenta el RSI (2005) y la importancia de asegurar el acceso a los patógenos humanos a los fines de la preparación y respuesta en relación con la salud pública».

3.1.3 Recomendaciones temporales de la OMS, medidas adicionales y restricciones

68. Las recomendaciones temporales son opiniones no vinculantes que se aplican de forma temporal y según cada riesgo concreto, emitidas por la OMS en respuesta a una ESPII. Tienen por objeto prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad y a la vez limitar la imposición de restricciones innecesarias a los viajes y el comercio. En virtud del RSI (artículo 43), los Estados Partes

¹ Pandemic influenza preparedness Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44796/1/9789241503082_eng.pdf).

² 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: texto y anexo. Montreal, Secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica, 2011 (<https://www.cbd.int/abs/doc/protocol/nagoya-protocol-en.pdf>).

tienen el derecho a introducir medidas adicionales para los viajes y el comercio internacionales, pero tales medidas no deberían ser «más restrictivas del tráfico internacional que otras opciones razonablemente disponibles ni más intrusivas» y deben estar basadas en principios y pruebas científicos. Si un país aplica medidas sanitarias adicionales que conlleven «trabas significativas para el tráfico internacional», el Estado Parte está obligado a notificar a la OMS, dentro de las 48 horas siguientes a su aplicación, y a comunicar a la OMS sus razones de salud pública y la información científica pertinente. La OMS podrá pedir a un país que reconsidere la aplicación de las medidas adicionales, y los Estados Partes que las apliquen deben revisarlas dentro de un plazo de tres meses. En la práctica muy pocos países informan a la OMS sobre la aplicación de medidas adicionales y pocos justifican o reconsideran las medidas promulgadas, aunque se les pida.¹ Ello demuestra un desdén inaceptable por las obligaciones que les corresponden en virtud del RSI. Tales medidas pueden agravar las consecuencias económicas y sociales de los brotes epidémicos.

69. En cada una de sus reuniones, comenzando por agosto de 2014, el Comité de Emergencias del RSI sobre el brote de Ebola de África occidental ha aconsejado a la Directora General de que no debería imponerse una prohibición general a los viajes o el comercio internacionales. La Directora General refrendó el asesoramiento del Comité sobre el particular, así como otras cuestiones relacionadas con el ebola, y emitió recomendaciones temporales al respecto.

70. La OMS revisa sistemáticamente los informes de las medidas adicionales durante eventos y emergencias importantes de salud pública e investiga de forma activa los informes sobre medidas que no se ajustan a las recomendaciones de la OMS. Pese a que la OMS se declaró en su recomendación contraria a prohibir los viajes o el comercio internacionales, un número elevado de países no afectados impusieron medidas y restricciones a los viajes. A fecha de 1 de abril de 2015 había 570 informes o rumores relativos a la aplicación de esas medidas en 69 países;² el aumento drástico registrado se asoció con la declaración de ESPII, del 8 de agosto de 2014 (figura 4A).

¹ El Reglamento Sanitario Internacional y la enfermedad por el virus del Ebola. Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre la emergencia de ebola. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (EB136/INF./7) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS3/EBSS3_INF4-sp.pdf).

² Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014: contexto y retos actuales; detención de la epidemia, y preparación en los países y regiones no afectados. Informe de la Secretaría. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (A68/24) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_24-sp.pdf).

Figura 4A. Seguimiento por la OMS de las medidas relativas a viajes y transporte en relación con el ebola, marzo de 2014 a marzo de 2015

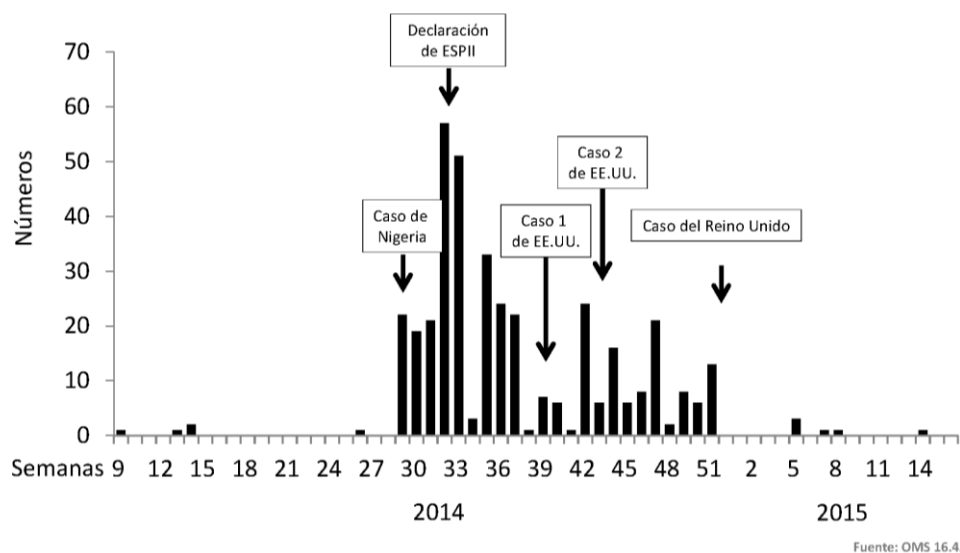
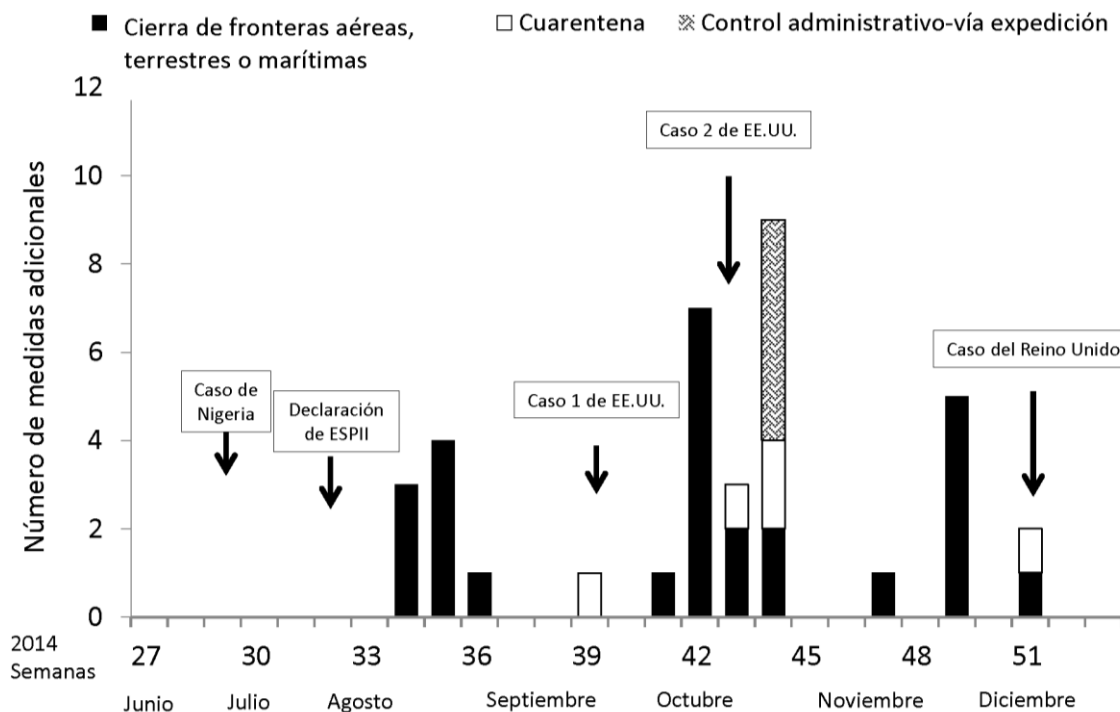


Figura 4B. Seguimiento por la OMS de medidas sanitarias adicionales en relación con el ebola que interfirieron con los viajes y el transporte, marzo de 2014 a marzo de 2015



Fuente: OMS 16.4B

71. La OMS determinó que más de 470 de los rumores sobre la aplicación de medidas adicionales (como controles de temperatura, cuestionarios, autocontroles, métodos de cribado y otras medidas especiales) no requerían seguimiento alguno, pues al evaluarlas se determinó que no conllevaban trabas para los viajes y el transporte. Tal como recomendó el Comité de Emergencias del RSI para los tres países más afectados, las pruebas de cribado de salida constituyen un enfoque adecuado de salud pública que contribuye a reducir la propagación de la enfermedad. El Comité de Examen señaló, sin embargo, que muchos Estados daban preferencia a las pruebas de cribado de entrada como medio de proteger a su población de la transmisión transfronteriza, reflejo probable de su deseo político de que se considerara que estaban «haciendo algo». Además, en algunos países de escasos recursos, sin capacidades básicas para la vigilancia y la detección y con sistemas de salud frágiles, el cribado de entrada era el único medio de luchar contra la enfermedad.

72. De los 100 rumores sobre la aplicación de medidas adicionales que exigieron seguimiento, se estimó que 41 conllevaban trabas para los viajes y el transporte: cuarentenas obligatorias de viajeros, denegación de visados de entrada, cancelación de vuelos y cierre de fronteras terrestres, aéreas y marítimas. La mayoría de los países que adoptaron medidas de ese tipo eran de África y de América central; las medidas se aplicaron mayoritariamente en octubre de 2014 (figura 4B). Si bien la OMS envió solicitudes de verificación de las medidas adicionales que se estimaron excesivas, solo respondió el 40% de los Estados Partes. La cuarentena (una «medida sanitaria») se aplicó raras veces, mientras que la suspensión de vuelos y visados se aplicó con frecuencia. Cuando la OMS solicitó a los Estados Partes que justificaran las medidas que habían adoptado, la respuesta recibida fue que las medidas no estaban «relacionadas con la salud» y por tanto no se enmarcaban en el RSI. Esto exige una aclaración.

73. La mayoría de las medidas sanitarias adicionales que se impusieron en los puertos y los buques no fueron decisiones de los países, sino decisiones tomadas puntualmente para determinados puertos y

buques. Algunos países, por ejemplo, impusieron una cuarentena de tres meses a todo buque que hubiera hecho escala en un puerto de África occidental.

74. El Comité de Emergencias del RSI sobre el ebola aconsejó a la Directora General que exigiera el levantamiento de las medidas excesivas y puso de relieve sus consecuencias desastrosas al «impedir la contratación y la vuelta de colaboradores internacionales» y sus «efectos negativos en la población local, al aumentar su estigmatización y aislamiento, y trastornar su economía y subsistencia»¹ Si bien se han observado algunas mejoras, al 18 de diciembre de 2015 todavía 34 países seguían aplicando medidas desproporcionadas.²

75. El transporte se vio perturbado principalmente debido a que las compañías aéreas cancelaron vuelos con origen y destino en los países afectados. La Secretaría notificó que nueve compañías aéreas interrumpieron el servicio temporalmente durante el punto álgido de la epidemia y que no todas lo han reanudado. El Comité de Examen investigó a fondo la cuestión y entrevistó a los representantes de las compañías aéreas que interrumpieron los vuelos a África occidental y las que no lo hicieron, de las compañías comerciales que prestan servicios de salud en el extranjero, y de organizaciones y organismos profesionales pertinentes. En las entrevistas afloraron varias cuestiones. En primer lugar, la falta de un canal de comunicación centralizado, claramente definido y eficiente entre las entidades dedicadas a los viajes y los transportes y las autoridades de salud pública tuvo como consecuencia la incoherencia, deficiencia y retraso de la información u orientaciones. Segundo, los países no afectados instauraron numerosas restricciones o prescripciones diversas, por ejemplo requisitos específicos de entrada para los pasajeros y la lectura de avisos a bordo. Un informante señaló que durante un periodo de dos semanas se instauraron 20 requisitos diferentes, la mayoría de los cuales no se ajustaban a las orientaciones de la OMS. Las restricciones impuestas a los viajes a los países afectados incrementó la complejidad del establecimiento del orden de las operaciones y de la lista de tripulantes de las compañías comerciales y las que prestaban servicios de ambulancia aérea. Tercero, las compañías aéreas no podían garantizar la atención médica en el país ni una evacuación médica por vía aérea para sus tripulaciones y personal de tierra afectados por problemas de salud habituales pero importantes. Cuarto, algunos países exigieron autorización para sobrevolar su territorio o denegaron permisos de vuelo para aterrizar en escalas de reabastecimiento de combustible o de tránsito, aunque no hubiera a bordo pasajeros infectados o que hubieran estado expuestos al virus; ello dificultó sumamente la evacuación de personas con enfermedades que no fueran ebola, por ejemplo paludismo, gastroenteritis o apendicitis. Quinto, en algunos casos, personas que parecían enfermas o febriles durante el cribado de salida fueron aisladas en condiciones poco higiénicas o con pacientes de ebola.

76. Los informantes propusieron que se estableciera un grupo especial permanente y que se sustituyera el enfoque actual de establecer un grupo especial de trabajo de viajes y transporte para cada evento concreto, como se hizo para la epidemia de ebola.³ El grupo especial debería ocuparse de analizar las razones no vinculadas al RSI para la interrupción de los viajes durante la epidemia de ebola y de formular recomendaciones para que las aeronaves y buques comerciales puedan mantener sus activi-

¹ Declaración sobre la cuarta reunión del Comité de Emergencias del RSI acerca del brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 en África occidental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 21 de enero de 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ebola-4th-ihf-meeting/es/>).

² OMS. Declaración acerca de la octava reunión del Comité de Emergencias del RSI sobre el brote de enfermedad por el virus del Ebola en África occidental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 18 de diciembre de 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihf-ebola-8th-meeting/es/>).

³ Declaración del Grupo de Trabajo de Viajes y Transporte sobre el brote de enfermedad por el virus del Ebola en África Occidental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 7 de noviembre de 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-travel/es/>).

dades durante futuros brotes. El grupo podría reactivarse cuando fuera necesario y estaría en mejor posición para facilitar medidas de respuesta y la comunicación de mensajes con rapidez. Se propuso también que la relación oficiosa actual entre la OMS y la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) se formalice, y se haga extensible a su homónimo marítimo, la Organización Marítima Internacional (OMI). Los informantes señalaron la necesidad de proteger y reglamentar el movimiento transfronterizo de pacientes.

3.1.4 Mejora del cumplimiento del RSI por los Estados Partes

77 El Comité de Examen analizó las medidas que se podrían adoptar para mejorar de manera perceptible el cumplimiento del RSI por los países. Si bien imponer sanciones no serviría de mucho y sería inadecuado, existen otras formas de conseguir el máximo grado de cumplimiento del Reglamento.

78. La OMS podría proporcionar o facilitar apoyo técnico y financiero, a modo de incentivo. Incentivar a los países para que cumplan sus obligaciones ofreciéndoles colaboración y apoyo es una característica que el RSI comparte con un elevado número de otros instrumentos y tratados multilaterales. Disponer de fuentes de financiación innovadoras en el contexto de la OMS podría mejorar la aplicación del RSI. Por ejemplo, algunos Estados Partes y la Federación Internacional de la Industria del Medicamento mencionaron positivamente el Marco de PIP, en virtud del cual los fabricantes de vacunas antigripales, medios diagnósticos y productos farmacéuticos que utilizan el Sistema Mundial OMS de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (una red coordinada por la OMS de laboratorios de salud pública) pagan una contribución anual en efectivo a la OMS. La Organización utiliza los fondos para reforzar las capacidades de preparación y respuesta contra la gripe en los países que necesitan ese tipo de apoyo. Los fabricantes aceptan también hacer aportaciones en especie, como vacunas contra la gripe pandémica, medicamentos antivíricos y otros productos o tecnologías conexos cuando se declara una pandemia.

79. Asimismo, podrían habilitarse fuentes de financiación innovadoras al margen de la OMS para ayudar a los países. El Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola recomendó que el Comité de Examen calibrara la posibilidad de un «seguro que se activara para mitigar las repercusiones económicas adversas». El Banco Mundial colabora con la OMS y otras partes en el diseño del PEF, que respondería rápidamente a futuros brotes poniendo fondos a disposición de países en crisis. La idea consiste en expedir «obligaciones en caso de pandemia» a los inversores que se considerara que podrían incumplir pagos si se declara una epidemia; ello garantizaría la disponibilidad de recursos para responder antes de que la epidemia adquiriera proporciones pandémicas. Cabe señalar que uno de los tres instrumentos de financiación del Banco Mundial, el «Programa por Resultados», se centra en lograr cambios conductuales e institucionales en los países.¹

80. Otra opción se basa en la idea de que la «preocupación de los Estados por su reputación es de hecho el principal mecanismo que les impulsa a mantener un grado elevado de cumplimiento de los tratados».² Numerosos instrumentos multilaterales disponen de reglas que generan transparencia similares a las del RSI. Se trata de reglas que facilitan el cumplimiento porque el riesgo de ser señalado públicamente como infractor es un importante elemento de disuasión. La transparencia también promueve la aplicación del RSI de una forma más positiva; ofrece a los países y la OMS la posibilidad de participar en un diálogo constructivo sobre la aplicación del RSI y de extraer enseñanzas a partir de la

¹ Program-for-results financing: an overview. Washington, DC, Banco Mundial, 2015 (Véase http://siteresources.worldbank.org/PROJECTS/Resources/40940-1244163232994/6180403-1340125811295/PforR_Overview_update2015.pdf).

² Downs GW, Jones MA. Reputation, compliance and international law. JLS. 2002;31(supplement):S95-114.

experiencia de otros países. Entre las disposiciones del RSI que fomentan la transparencia cabe citar el informe anual a la Asamblea Mundial de la Salud sobre el estado de aplicación del Reglamento (artículo 54.1) y la notificación y presentación de informes sobre eventos por los países (artículos 6-11). En virtud del artículo 43.3 los países están obligados a presentar, y la Secretaría a transmitir, determinada información que reciba sobre las «medidas adicionales» aplicadas por otros países que conlleven trabas significativas para el tráfico internacional. Este intercambio no depende del consentimiento del país que remite la información y, tras la recomendación del Comité de Examen del RSI sobre las segundas prórrogas, la Secretaría ha empezado recientemente a difundirla a través del SIE.

81. En general, la autoridad de la Secretaría de la OMS para distribuir a otros Estados Partes la información recibida de un Estado ha estado principalmente condicionada por el consentimiento del Estado Parte que proporciona la información. La Secretaría puede, en un número limitado de circunstancias, poner la información recibida de un Estado Parte y «otros informes» a disposición de otros países, e incluso del público, sin el consentimiento del Estado Parte interesado (artículos 10.4 y 11). Teniendo en cuenta la susceptibilidad de los Estados Partes con respecto a estas cuestiones, hasta la fecha la Secretaría ha aplicado esas disposiciones con cautela. Se escucharon testimonios según los cuales algunas decisiones perjudiciales tomadas por agentes no estatales, como entidades comerciales, podrían haber tenido efectos menores o haberse evitado si la OMS hubiera tomado más la iniciativa en la difusión de información. Es evidente que se necesita mayor transparencia con respecto al cumplimiento del RSI.

82. Son varias las opciones para disuadir a los países de incumplir las disposiciones del RSI. Por ejemplo, a partir de los sistemas de notificación mencionados podría darse a la Secretaría de la OMS una función más activa para que evalúe el cumplimiento del RSI por los países y difunda la información o, al menos, la ponga a disposición de otros países. Este es el enfoque recientemente adoptado por EMRO (véase la sección 3.1.1). El sistema de evaluación de la OIE con respecto a su «Código Sanitario para los Animales Terrestres» (normas sobre la calidad de los servicios veterinarios) concede una función importante a la Secretaría de la OIE. Un País Miembro puede solicitar a dicha Organización que evalúe sus servicios veterinarios y tiene derecho a solicitar que se evalúen los servicios de otro País Miembro con el que mantenga relaciones comerciales. La evaluación de los servicios veterinarios corre a cargo de expertos homologados por la Asamblea Mundial de Delegados de la OIE. Los informes de evaluación se preparan en consulta con los servicios veterinarios del país y, con el acuerdo de este, pueden ponerse a disposición de los asociados internacionales para el desarrollo y publicarse en el sitio web de la Organización.^{1,2}

83. El Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola recomendó que el Grupo de Examen considerara la posibilidad de establecer desincentivos para disuadir a los países de adoptar otras medidas además de las recomendadas por la OMS que conlleven trabas para el tráfico y el comercio. En ese sentido, el Comité tomó nota de que, si bien el artículo 56 contempla la solución de controversias entre dos o más Estados Partes con respecto a la interpretación o aplicación del RSI, ningún Estado ha recurrido jamás a ese artículo, probablemente porque los dos Estados tendrían que acordar someterse a los procedimientos de solución de controversias.

84. La OMS debería considerar la posibilidad de recurrir al artículo 16 para evitar la aplicación de medidas adicionales innecesarias. Además, el Comité examinó la legislación de la Organización Mundial

¹ Proceso PVS de la OIE para Servicios Veterinarios eficaces. Misiones de Evaluación PVS de la OIE. Situación al 1 de diciembre de 2015. París, Organización Mundial de Sanidad Animal, 2015 (<http://www.oie.int/es/apoyo-a-los-miembros-de-la-oie/evaluacion-pvs/estatuto-de-las-misiones/>).

² Informes de evaluaciones PVS de la OIE. París, Organización Mundial de Sanidad Animal (<http://www.oie.int/es/apoyo-a-los-miembros-de-la-oie/evaluacion-pvs/informes-de-evaluaciones-pvs-de-la-oie/>).

del Comercio (OMC) como un posible mecanismo ante el que podrían presentar recurso los Estados Partes afectados por un evento infeccioso o no infeccioso en caso de que se enfrenten a restricciones injustas sobre bienes y servicios impuestas por otros Estados. La legislación de la OMC, a diferencia del artículo 56, no está sujeta al consentimiento de las Partes con respecto a la controversia y se acompaña de sanciones comerciales efectivas en caso de incumplimiento. La clave para vincular los dos sistemas —el de la OMC y el del RSI— podría residir en la elaboración de recomendaciones permanentes en virtud del artículo 16 del RSI.¹ Las recomendaciones permanentes podrían, por ejemplo, abarcar los brotes de enfermedades de transmisión alimentaria. Podrían seguramente ser reconocidas como normas en virtud de la legislación de la OMC y otros acuerdos que regulan el comercio internacional. La Secretaría de la OMS y la OMC deberían tratar activamente de establecer este vínculo.

3.2 LA EFICACIA DE LA APLICACIÓN DEL RSI EN LA EPIDEMIA DE EBOLA: LA FUNCIÓN DE LA OMS

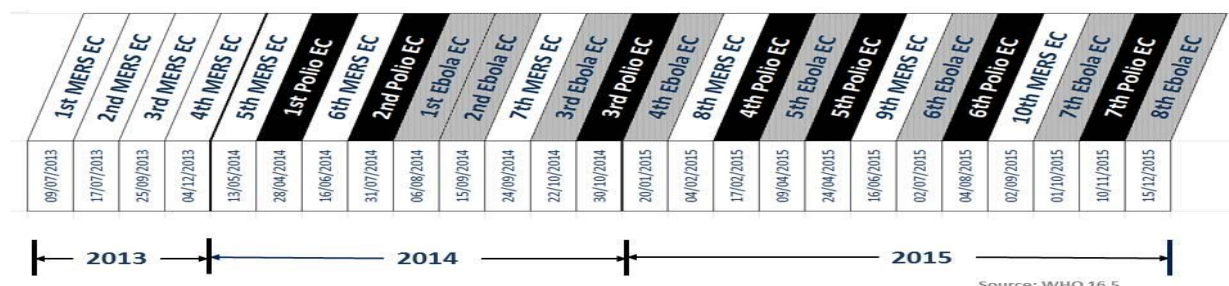
85. La aplicación del RSI es responsabilidad conjunta de los Estados Partes y la OMS. Otras entidades, como ONG, organismos internacionales y nacionales y redes regionales e internacionales, desempeñan una función primordial a la hora de acelerar el establecimiento de las capacidades básicas y mejorar la respuesta a eventos de salud pública.²

86. La OMS tiene la función esencial de ayudar a los países a elaborar, reforzar y mantener sus capacidades básicas (recuadro 3). En virtud del RSI, la Organización ejerce de autoridad mundial directiva y coordinadora durante eventos sanitarios internacionales, en particular las ESPII. Esa función de liderazgo se sustenta en las actividades que lleva a cabo la Secretaría de la OMS en el ámbito de la vigilancia, la verificación y la evaluación de riesgos.

¹ Las recomendaciones permanentes son opiniones no vinculantes con respecto a determinados riesgos continuos para la salud pública que emite la OMS sobre las medidas sanitarias apropiadas, de aplicación ordinaria o periódica, que es preciso adoptar a fin de prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad con un mínimo de trabas para el tráfico internacional.

² Accelerating Implementation of the International Health Regulations (2005). A Summary Report. Key points and recommendations from the IHR stakeholders meetings on mapping of unmet needs. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2013_5/en/).

Figura 5. Reuniones de los Comités de Emergencias (CE) sobre el MERS, la poliomielitis y el ebola, 2013-2015



87. Puede que durante las primeras fases de la epidemia de ebola la falta de liderazgo en el plano nacional y el internacional contribuyera, al menos en parte, a la trayectoria de la epidemia.

88. Además, quedaron expuestas a todos los niveles las deficiencias de la infraestructura de la Secretaría de la OMS, que se deben a la infrafinanciación sistémica, la falta de recursos humanos especializados, la ausencia de capacidad para afrontar aumentos de la demanda, la debilidad de los vínculos y la baja prioridad. Esas deficiencias se vieron agravadas por el hecho de que la epidemia de ebola ocurrió en un momento en que la capacidad de respuesta internacional ya estaba sobrecargada con otros brotes importantes, como las infecciones por los virus del MERS, la poliomielitis y la gripe aviar H5N1 y H7N9. La convocatoria de un Comité de Emergencias consume recursos humanos considerables en la Secretaría, y durante 2014 y 2015 un pequeño grupo de personas tuvo que reunirse en varios Comités de Emergencias simultáneos para tres riesgos de salud pública (figura 5).

3.2.1 Evaluación y gestión de riesgos: la función de la OMS

89. La Secretaría de la OMS y los Estados Partes tienen, en virtud del RSI, responsabilidades complementarias en cuanto a la evaluación, gestión y comunicación de riesgos.

90. Los Estados Partes se ocupan de detectar los eventos y evaluarlos en relación con los criterios de notificación (u otro tipo de presentación de información) a la OMS. Los Estados llevan a cabo esas actividades en el plano local y nacional como parte de la recogida sistemática de información sobre salud pública. La OMS puede compartir algunos de sus programas informáticos con los Estados Partes para ayudarles con las funciones de recogida de información sobre salud pública que les corresponden. Ello fomentaría la creación de capacidad para la evaluación de riesgos en los países y la compatibilidad entre los Estados Partes y la Secretaría de la OMS. Asimismo, los Estados Partes también se encargan de gestionar eventos en su territorio, lo que puede conllevar una serie de medidas, a saber, realizar investigaciones más exhaustivas, decidir la adopción y aplicación de medidas de respuesta y elaborar mensajes de comunicación de riesgos para informar a la población y a otras partes interesadas sobre el evento, la forma en que podría afectarles, las precauciones que deben tomar y las medidas adoptadas al respecto. La OMS puede ofrecer asesoramiento técnico y asistencia operacional a los Estados Partes, según sea necesario, en apoyo de sus actividades de gestión de riesgos.

Recuadro 3. Obligaciones fundamentales de la OMS en virtud del RSI (2005)*

- Proceder a la vigilancia de salud pública, así como a la evaluación de eventos significativos, a nivel mundial, y difundir información de salud pública a los países
- Determinar, cuando proceda, si un evento concreto constituye una ESPII, con el asesoramiento de expertos externos
- Si se declara una ESPII, elaborar y recomendar las medidas sanitarias esenciales pertinentes (con el asesoramiento de expertos externos)
- Ofrecer asistencia técnica a los países en su respuesta a los riesgos de salud pública y las ESPII
- Prestar apoyo a los países en la evaluación de sus estructuras y recursos nacionales de salud pública, así como crear y reforzar las capacidades básicas de salud pública necesarias para las actividades de vigilancia y respuesta, y en los puntos de entrada designados
- Seguir de cerca la aplicación del RSI (2005) y actualizar las directrices para que continúen siendo científicamente válidas y acordes con las nuevas exigencias

* Adaptado de: Organización Mundial de la Salud. Preguntas frecuentes sobre el Reglamento Sanitario Internacional (2005); véase <http://www.who.int/ihr/publications/FAQ2009es.pdf?ua=1&ua=1>

91. A escala mundial, la OMS monitorea de forma sistemática cientos de eventos infecciosos y no infecciosos, por un lado a partir de notificaciones oficiales de los Estados Partes a través de los CNE y por otra de forma extraoficial a través de los medios de comunicación, agencias de recopilación de noticias como ProMed u otras fuentes. Los eventos que no son importantes o están infundados se filtran y se descartan; con respecto a los restantes, la OMS emprende una evaluación de riesgos.¹ Para los eventos más significativos, la Secretaría de la OMS convoca un Comité de Emergencias, que deberá asesorar si el evento constituye una ESPII. Cuando se declara una ESPII, el Director General coordina la gestión general de la respuesta mundial mediante la formulación de recomendaciones temporales y otras actividades operacionales y de coordinación.

92. La OMS se sirve de dos instrumentos basados en la web para gestionar la información sobre los eventos de salud pública. El Sistema de Gestión de Eventos se utiliza en los tres niveles de la Organización como plataforma única de información sobre un evento dado en apoyo de la evaluación y la gestión de riesgos. La OMS estableció el SIE, un sitio protegido al que solo tienen acceso los CNE, para facilitar el intercambio de información entre la OMS y los Estados Partes.

93. Como se ha señalado anteriormente (véase la sección 3.1.2), a finales de marzo la OMS llevó a cabo y publicó en el SIE tres evaluaciones de riesgos, todas ellas relacionadas con la detección inicial del virus del Ebola en Guinea y su detección inmediatamente después en Sierra Leona y Liberia.

94. Durante los brotes internacionales, la OMS se coordina con la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), integrada por más de 200 instituciones y redes asociadas con una amplia variedad de competencias técnicas y logísticas que pueden utilizarse para la detección rápida, evaluación y respuesta ante brotes epidémicos de importancia internacional.² Durante la respuesta al ebola se movilizó a más de 1000 expertos. La información disponible a través de GOARN puede contribuir a la evaluación de riesgos que efectúe la OMS.

¹ Véase <http://www.who.int/csr/alertresponse/es>.

² Véase http://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/es.

Criterios para convocar un Comité de Emergencias y declarar una ESPII

95. En virtud del RSI, en un evento sanitario grave, el Director General puede convocar un comité de expertos —un Comité de Emergencias— para que asesore si debería determinarse que el evento constituye una ESPII.¹ De conformidad con lo dispuesto en los artículos 47 y 48 del RSI, la OMS mantiene una Lista de Expertos del RSI entre los que el Director General elige a los miembros del Comité de Emergencias y, cuando proceda, de otros cuadros de expertos y comités de la OMS. La elección de los miembros se realiza principalmente en función de su competencia técnica y experiencia en las esferas de especialización pertinentes. El Director General trata de que entre los miembros del Comité de Emergencias del RSI haya la más amplia representación geográfica posible y diversidad de conocimientos, experiencia práctica y enfoques. Los informantes señalaron en una de sus observaciones que el Comité de Emergencias debería incluir representación de los gobiernos de los países afectados, el ejército, las ONG, el sector privado y otros sectores pertinentes ajenos al de la salud.

96. Hemos observado que, aparte de las propias disposiciones del RSI, la OMS no cuenta con más criterios operacionales para convocar el Comité de Emergencias y declarar una ESPII. En resumen, la OMS evalúa si un evento de salud pública:

- 1) Es extraordinario, en particular si:
 - es grave (por ejemplo, si tiene una tasa elevada de mortalidad, potencial epidémico o múltiples rutas de transmisión);
 - es inusitado o imprevisto (por ejemplo, de origen desconocido, con síntomas inusitados o si el evento en sí es inusitado);
 - existe el riesgo de propagación internacional;
 - puede, con razón o sin ella, provocar un riesgo de interferencias con el tráfico y el comercio.
- 2) Es probable que exija una respuesta coordinada internacionalmente.

Al realizar tales evaluaciones, la OMS utiliza principios científicos y examina:

- los datos disponibles (incluso cuando la información es incompleta o suscita incertidumbre);
- la información proporcionada por los Estados Partes afectados;
- la opinión del Comité de Emergencias;
- otras cuestiones especificadas en el anexo 2, o que son de interés por otras razones para ese anexo, en particular factores concomitantes como la densidad o la movilidad de la población, el turismo, los desastres naturales, los conflictos armados o las capacidades de los países afectados en materia de salud pública..

¹ IHR procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/>).

97. De los miles de eventos notificados a la OMS desde la entrada en vigor del RSI en 2007, solo cinco eventos han dado pie a que el Director General convoque un Comité de Emergencias, y de esos, cuatro han sido declarados ESPII: poliomielitis, H1N1, Ebola y Zika.

98. La declaración de ESPII tiene un importante peso político por varias razones. En primer lugar, otorga a la Secretaría de la OMS el mandato de compartir información crucial sobre el evento y formular recomendaciones temporales. En segundo lugar, declarar una ESPII constituye una herramienta importante para garantizar el liderazgo y la coordinación, aunque todas las partes interesadas pertinentes deben conocer bien las implicaciones de la declaración.

La declaración de ESPII para la epidemia de ebola

99. Tras los primeros informes oficiales sobre el ebola en marzo de 2014, pasaron casi 5 meses hasta la reunión del Comité de Emergencia y la declaración de ESPII (figura 3). Ese retraso posiblemente refleje los retos de la vigilancia y la difusión de información, la excesiva confianza en la experiencia derivada de los brotes anteriores de la EVE, que en su mayoría habían mostrado tasas elevadas de mortalidad, pero que en última instancia habían remitido espontáneamente, y las inquietudes sobre las repercusiones para los tres países más afectados.

100. El Comité de Examen observó que durante ese tiempo se adoptaron una serie de medidas, en particular: el intercambio periódico de evaluaciones de riesgos actualizadas con los CNE a través del SIE; la puesta en marcha (marzo de 2014) y posterior ampliación de la movilización de GOARN (junio de 2014); y la nueva clasificación del evento como de grado 3,¹ según la definición del Marco OMS de Respuesta a las Emergencias (MRE) (julio de 2014) (recuadro 4).

101. El Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola mantuvo en su informe que en el caso del ebola la ESPII se declaró demasiado tarde. El informe contiene una visión general concisa y honesta de las múltiples y complejas cuestiones que estaban en juego, en particular la deficiente comunicación entre el personal superior de la OMS, la aprensión de la Organización a desafiar a los Estados Partes y también las críticas anteriores de las que la OMS fue blanco por declarar la gripe pandémica H1N1 una ESPII.²

102. En su respuesta al informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola, la OMS señaló lo siguiente: «Toda decisión de declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en virtud del RSI se toma en función de los criterios definidos en ese Reglamento. La decisión de declarar una ESPII durante el brote de ebola en un momento dado se fundamentó en la aplicación de los criterios del RSI tras la propagación internacional del ebola desde la zona epidemiológica de los tres países afectados (Guinea, Liberia y Sierra Leona) a Nigeria, habida cuenta de que

¹ El Marco OMS de Respuesta a las Emergencias contempla un sistema interno de clasificación. Un evento de grado 3 se define del siguiente modo: 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. El apoyo interno o externo que requiere la oficina de la OMS en el país es sustancial. Un Equipo de Apoyo a Emergencias, que opera desde la oficina regional, coordina el apoyo a la oficina en el país. (Véase <http://www.who.int/hac/about/erf/es/>).

² Informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, julio de 2015 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-es.pdf?ua=1>).

la OMS había declarado anteriormente el brote un emergencia de «grado 3» (el grado más alto) con arreglo al marco de respuesta a emergencias establecido por la Organización».¹

103. Desde una perspectiva mundial, en julio de 2014 la propagación del virus del Ebola fuera de la «zona epidemiológica de los tres países afectados» podría considerarse un punto de transición hacia un evento de importancia internacional. Sin embargo, desde la perspectiva de los Estados Partes, la propagación del virus desde Guinea a Sierra Leona y posteriormente a Liberia a finales de marzo de 2014 tenía ya importancia internacional.

¹ Respuesta de la Secretaría de la OMS al Informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, agosto de 2015 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/who-response-to-ebola-report-es.pdf?ua=1>).

Recuadro 4. Calendario de las medidas adoptadas por la OMS durante el ebola, 2014*

13 de marzo	El primer informe oficial de la oficina de la OMS en Guinea llega al Sistema de Gestión de Eventos
23 de marzo	Se publica en el sitio web de la OMS el primer informe sobre el brote de ebola en Guinea, que describe las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud de Guinea y la OMS para controlar el brote
25 de marzo - 4 de abril	Primera misión de la OMS a Guinea
28 de marzo	La OMS comienza a monitorear las medidas con respecto a los viajes y el transporte y a ponerse en contacto con los países que aplican medidas adicionales
30 de marzo	Movilización de GOARN a Guinea
30 de marzo - 12 de abril	Segunda misión de la OMS a Guinea
2 - 18 de abril	Tercera misión de la OMS a Guinea
8 de abril	Rueda de prensa en que la OMS comunica que el brote «es uno de los más complejos jamás afrontados»
16 de abril	Reunión de la Unión Africana y la OMS en Angola. El Director Regional de AFRO comenta que «la epidemia arrecia, pero esperamos poder contenerla y superarla en breve»
19 de mayo	El Ministro de Salud de Guinea informó a la OMS de los resultados de la respuesta al ebola. Señaló que las investigaciones sobre el terreno arrojaban «resultados alentadores» y que cinco de los seis focos de transmisión intensa estaban en vías de controlarse
4-7 de junio	Retiro de trabajo de la OMS sobre el ebola (Guinea)
Principios de junio	La OMS introduce la vigilancia transfronteriza en la «zona geográfica caliente» en la que se encuentran las fronteras de los tres países
23 de junio	Reunión de alto nivel en Conakry del Presidente de Guinea, el Representante Especial del Director Regional de AFRO, el Representante de la OMS en Guinea, el Embajador de los EE.UU. en Guinea, y los CDC
23 de julio	Confirmación del primer caso de ebola que entra a un país (Nigeria) por vía aérea internacional
25 de julio	La Directora General solicita la reunión de un Comité de Emergencias
26 de julio	La Directora General declara el ebola un evento de grado 3 del MRE
31 de julio	La Directora General se reúne con los Presidentes de Guinea, Sierra Leona y Liberia
6 de agosto	Se reúne el Comité de Emergencias para el ebola
8 de agosto	Se declara la ESPII

* Derivado parcialmente de: <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/who-response/en/>

Necesidad de un nivel intermedio de alerta

104. El Comité señaló que la estructura binaria de las ESPII, en la que solo hay dos posibilidades, a saber, que un evento se declare emergencia de salud pública o que no se declare, puede plantear problemas. En el periodo inmediatamente anterior a la declaración, durante el que la OMS intensifica sus evaluaciones de riesgos y se prepara para convocar un Comité de Emergencias, puede producirse un parálisis aparente en la que los Estados Partes y otras partes interesadas no están seguros de qué medidas adoptar ante la falta de orientación de la OMS, o emiten orientaciones que pueden no estar en consonancia con los consejos de la OMS. Cabe observar, sin embargo, que antes de declarar una ESPII la OMS transmite a los Estados información y asesoramiento sobre la evaluación de riesgos a través de sus comunicaciones con los CNE por el SIE.

105. Declarar una ESPII es el único mecanismo para poner en marcha los considerables recursos financieros y humanos necesarios en la respuesta a una emergencia de ámbito mundial, ya sea respecto del personal que debe movilizarse, el acceso a medios de diagnóstico y medicamentos, o la I+D necesaria para una vacuna.

106. El Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola recomendó a este Comité que considerara la posibilidad de establecer un nivel intermedio de alerta para avisar al mundo y «facilitar la preparación, la adopción de medidas preventivas y la dedicación de recursos, lo cual podría impedir que la situación escalara».¹ El Comité de Examen coincidió con la opinión del Grupo en cuanto a la necesidad de un mecanismo de alerta temprana que ponga sobre aviso a la comunidad internacional con respecto a los eventos que se sitúan entre riesgos «normales» para la salud pública y los que dan lugar a una declaración de ESPII. Asimismo, el Comité reconoció que la alerta temprana que se emita debe ir acompañada de una declaración inequívoca sobre las razones de su emisión y sobre las medidas que correspondería adoptar.

107. Tras señalar que cada año se registran miles de eventos y que desde que el RSI entró en vigor solo se han convocado cinco Comités de Emergencias, el Comité de Examen analizó si convocar antes a Comités de Emergencias para eventos específicos aplicando criterios con un umbral más bajo permitiría a la OMS alertar de amenazas con mayor rapidez. Sin embargo, ello conlleva el riesgo de fatiga general y que se diluya el efecto del proceso del Comité de Emergencias, y los recursos y costos conexos serían desproporcionados en relación con el posible beneficio.

108. En opinión del Comité, el establecimiento de un comité consultivo permanente podría servir para asesorar a la OMS sobre cuándo se necesita un nivel intermedio. La constitución de un comité de ese tipo se ajusta al mandato que tiene la OMS de ofrecer asesoramiento especializado sobre salud pública y está en consonancia con el RSI.

109. El Comité constató también que no siempre se entiende lo que significa una declaración de ESPII. Así pues, es crucial que la OMS comunique claramente a todas las partes interesadas las medidas que deben activarse cuando se reúne un Comité de Emergencias y cuando se declara una ESPII. Asimismo, es crucial explicar con claridad las diferencias y las relaciones entre las alertas generadas por el mecanismo del RSI, las generadas por el MRE de la OMS y las generadas en el sector humanitario por el Comité Permanente entre Organismos (IASC). Todos los informantes hicieron hincapié en ese punto. Tal como recomendó el Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola, es necesario mejorar la coordinación y la armonización del sistema de alerta. Asimismo, es necesario que la OMS res-

¹ Informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, julio de 2015 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-es.pdf?ua=1>).

ponda mejor a la información errónea e inexacta y que, en algunas circunstancias, elabore una estrategia de comunicación adecuada.

3.2.2 Colaboración con agentes humanitarios y otros agentes

3.2.2.1 Agentes humanitarios

110. Durante la epidemia de ebola, ONG como MSF mantuvieron una presencia permanente en África occidental y prestaron una serie de servicios de salud de primera línea. Su contribución a los resultados sanitarios antes y durante las fases iniciales de la epidemia fue fundamental, al igual que su ayuda para dar a conocer la situación a la comunidad internacional, lo que incitó a la acción a asociados internacionales como la OMS. En parte gracias a que las ONG airearon la situación, a finales de marzo de 2014 GOARN y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) ya tenían equipos sobre el terreno para apoyar la respuesta, con la ayuda de la capacidad de laboratorio en los países.

111. En teoría, los vínculos de la OMS con los principales protagonistas en la acción humanitaria son fuertes; la Organización tiene el mandato de dirigir el Grupo de Acción Sanitaria Mundial,¹ integrado por 48 organizaciones sanitarias humanitarias de ámbito internacional, para armonizar la labor de los diferentes agentes que actúan en el IASC, un mecanismo de coordinación interinstitucional de asistencia humanitaria.

112. En el MRE se esbozan las funciones y responsabilidades de la OMS en emergencias derivadas de un amplio espectro de peligros.² Se especifican con toda claridad los compromisos de la OMS en la respuesta a las emergencias, y las medidas que debe adoptar en la evaluación y comunicación de riesgos. El RSI está estrechamente entrelazado con el MRE; de hecho, el MRE es la aplicación práctica del marco jurídico del RSI, y este a su vez sustenta el MRE puesto que gracias a las capacidades básicas los países pueden aplicar el MRE.

113. En la práctica, sin embargo, el Comité de Examen escuchó testimonios de personas del sector humanitario en los que se afirmaba que, si bien las orientaciones del MRE y el RSI son claras, su aplicación concreta es con frecuencia deficiente, y las prioridades políticas o problemas con jerarquías en conflicto del personal sobre el terreno frente al personal de la Sede pueden desbancar los principios científicos o humanitarios. Una importante cuestión que también se planteó fue la falta de urgencia operacional de la OMS, derivada en gran parte de su falta de flexibilidad y agilidad en la respuesta a emergencias. Los informantes de la comunidad humanitaria alentaron a la OMS a aprovechar mejor el IASC y el mecanismo del Grupo de Acción Sanitaria Mundial³ y a preparar una dotación de líderes para emergencias operacionales que puedan actuar como coordinadores humanitarios e impulsar la estructura humanitaria existente, cuando sea necesario. Se expresaron diferentes opiniones sobre la valía de los memorandos de entendimiento. En opinión de algunos informantes, los memorandos de entendimiento y los acuerdos servían para establecer con claridad la división de funciones. Se propuso la realización de ejercicios de simulación, una herramienta útil para poner a prueba los posibles puntos fuertes y débiles de la colaboración.

¹ Véase http://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/en/.

² Marco de Respuesta a Emergencias (MRE). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (<http://www.who.int/hac/about/erf/es/>).

³ Preguntas y respuestas sobre la función de la OMS en la acción sanitaria en las crisis humanitarias. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/hac/about/faqs/es/index3.html>).

3.2.2.2 Sector comercial privado

114. Según su ubicación, capacidades y tipo de actividad, el sector privado puede y debe contribuir directa e indirectamente a la detección de brotes de enfermedades infecciosas. El mantenimiento del comercio es esencial para el bienestar económico de la mayoría de los países, por lo que es necesario tratar de que la actividad económica se mantenga durante los brotes epidémicos.

115. Algunas organizaciones comerciales contribuirán a las respuestas, por ejemplo las que fabrican vacunas, medicamentos y equipo de protección personal o las que mantienen servicios de salud u otros servicios vitales esenciales.

116. Los intereses comerciales con una plantilla numerosa, especialmente en zonas remotas o escasamente pobladas, tienen con frecuencia una importante presencia sanitaria que incluye un elemento de salud pública. El Comité escuchó testimonios sobre el mantenimiento ininterrumpido de las actividades mineras en la frontera entre Guinea y Liberia gracias a la introducción de varios procesos y protocolos en la mina; a la vigilancia y la atención de salud de sus trabajadores, sus familias y las comunidades de las que procedían; y a la elaboración y producción de distintos tipos de materiales didácticos culturalmente apropiados para reducir al mínimo la probabilidad de infección y facilitar la pronta iniciación del tratamiento, en caso de producirse. Otras entidades comerciales de grandes dimensiones, como las dedicadas al petróleo y el gas y a la producción de acero, también siguieron funcionando sin problemas en los países afectados.¹ Por ejemplo, Firestone Liberia, Inc., en respuesta al primer caso de ebola en su plantación liberiana de caucho en marzo de 2014, puso en marcha una serie de medidas para ayudar a proteger a sus 8500 empleados, sus familias y la población local. La compañía utilizó un sistema de gestión de incidentes para coordinar un amplio espectro de medidas de respuesta como la vigilancia activa y pasiva para detectar posibles casos, en particular el rastreo y seguimiento de contactos; medidas de control de la infección en la atención de salud y otros entornos; procedimientos y establecimientos localmente adaptados para el aislamiento y la cuarentena voluntaria de los pacientes y contactos, respectivamente; un programa para facilitar la reinserción de los supervivientes en la comunidad; y un sólido programa de comunicación de riesgos y movilización social.²

117. El Comité señaló que muchos exámenes independientes de la epidemia de ebola, incluida la del Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas, abordaron la función del sector comercial privado. No cabe duda de que en algunas circunstancias, y la epidemia de ebola fue una de ellas, el sector privado puede contribuir a la vigilancia y la gestión de los brotes, y puede ser importante, si no esencial, para contribuir a la viabilidad del gobierno y a la salud económica del país durante la fase de recuperación. El Comité estimó también que algunos de los procesos y procedimientos utilizados para mantener las actividades mineras podían constituir un modelo para que las actividades aeroportuarias se mantengan ininterrumpidas durante un futuro evento de salud pública.

3.2.2.3 Ejército

118. La lucha mundial contra el ebola exigió una considerable respuesta militar de algunos Estados Partes. Si bien la respuesta militar incluía logística, ingeniería, comunicaciones, gestión de la información, mando y control y formación médica, el Comité analizó solamente los aspectos relacionados con la atención de salud.

¹ Heron RJL. Ebola—what have we learned from the recent outbreak? *Occup Med (Lond)*. 2016;66:4-7. doi: 10.1093/occmed/kqv163.

² Reaves EJ, Mabande LG, Thoroughman DA, Arwady MA, Montgomery JM. Control of Ebola virus disease—Firestone District, Liberia. *MMWR*. 2014;63:959–65 (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6342a6.htm>).

119. La contribución médica más importante de los servicios de salud militares fue la prestación de atención médica de gran calidad y de medios de evacuación. Ello permitió ofrecer la confianza necesaria para facilitar la movilización de los servicios de salud civiles. Por lo tanto, el ejército actuó como un «multiplicador de fuerza» sin el cual la respuesta futura hubiera seguido siendo inadecuada. Ahora bien, el despliegue médico del ejército no estuvo exento de problemas. El Comité escuchó que algunos de los primeros equipos médicos militares en desplegarse solo aceptaron responsabilizarse de la atención de voluntarios y civiles de sus países. Hasta que se cambió la política para ampliar la atención a todos los trabajadores de salud, la movilización de equipos de voluntarios africanos disponibles y dispuestos fue limitada, puesto que no existía un plan eficaz alternativo de atención y evacuación. Además, el despliegue de los equipos médicos militares se retrasó un poco debido, al menos en parte, a la necesidad de ofrecer formación previa a la movilización y en parte a la necesidad de adquirir e incorporar equipos de protección personal adecuados.

120. Es evidente que hay muchas personas dispuestas a presentarse voluntarias para trabajar en zonas afectadas por enfermedades muy infecciosas. Ahora bien, necesitan tener la seguridad de que si se infectan, existe un plan para ofrecerles un nivel adecuado de atención. Para ofrecer tal capacidad en un breve plazo puede que sea necesario recurrir a personal médico castrense, que está normalmente listo para movilizarse en poco tiempo. En futuros brotes graves de enfermedades infecciosas similares al ebola, se facilitaría los despliegues de este tipo si parte del personal médico castrense estuviera formado y equipado con antelación para movilizarse en poco tiempo.

121. La presencia de personal médico castrense en las respuestas humanitarias y de salud pública puede ser una cuestión sumamente delicada en algunas situaciones. Así pues, el despliegue de personal médico castrense en las emergencias humanitarias debe gestionarse con cuidado, a fin de que no vaya en detrimento de la naturaleza civil de la respuesta humanitaria. Asimismo, recurrir a personal médico castrense no debería mermar la inversión mundial, regional y nacional en la creación de un cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias que esté listo para movilizarse rápidamente en una emergencia sanitaria.

3.2.2.4 Colaboración regional

122. A medida que la escala de la epidemia de ebola se hacía patente, los países vecinos y los de la región, junto con instituciones regionales clave, respondieron con prontitud y ofrecieron una ayuda de importancia crucial para combatir la crisis. Muchos países, en particular Uganda, Nigeria, Ghana y Sudáfrica, entre otros, enviaron equipos de profesionales de la atención de salud y suministros médicos fundamentales en apoyo de los diezmados servicios sanitarios. Países como el Senegal y Sudáfrica proporcionaron apoyo de laboratorio vital, en particular infraestructuras, personal, capacitación y apoyo logístico. Ghana mantuvo sus fronteras abiertas, lo cual demostró ser crucial para facilitar la entrada de suministros esenciales y personal a los países afectados. La Unión Africana coordinó numerosos contingentes de personal militar y trabajadores de la salud. El sector privado de los países vecinos de la región envió donaciones de vehículos, motocicletas, guantes y otros suministros esenciales.

123. En el artículo 44 del RSI se recomienda encarecidamente el apoyo a los países vecinos. Si bien puede que los países fueran conscientes de ese compromiso, es probable que las generosas contribuciones estuvieran motivadas por la compasión y la solidaridad con los ciudadanos y los gobiernos de los países afectados por el ebola, más que por el cumplimiento de la prescripción. La enseñanza que puede extraerse de la epidemia de ebola para futuras emergencias es que debe darse prioridad a la respuesta rápida de los países vecinos y de las regiones, puesto que no solo puede hacer que mejore la situación de los ciudadanos afectados, sino que, lo que es más importante, puede contribuir a la contención y eliminación de un brote epidémico.

3.2.3 Capacidad de la OMS y reforma institucional

124. Los recursos de la Secretaría de la OMS durante el ebola fueron un asunto crucial. El Comité tuvo conocimiento de que la función de vigilancia de la salud pública mundial y la evaluación de riesgos corrió a cargo de un equipo muy pequeño en la sede de la OMS (4 funcionarios) con apoyo de las oficinas regionales. Sin embargo, incluso con una plantilla de 10 a 12 funcionarios, y la capacidad de recurrir a otros equipos técnicos de la OMS que poseen los conocimientos especializados específicos, se trata de un nivel inadecuado de recursos humanos para llevar a cabo una función esencial de salud pública mundial. Los recursos de la Secretaría deberían ser suficientes para poder detectar, verificar, evaluar y monitorear múltiples eventos, en particular múltiples eventos simultáneos, 365 días al año; durante eventos importantes como el ebola, la OMS debe contar con planes para contingencias que le permitan complementar las necesidades de recursos humanos y financieros.

125. Además de incrementar el número y la capacidad de sus funcionarios, la OMS debería también recurrir con mayor frecuencia a expertos independientes y redes como GOARN para que le presten asistencia con determinados aspectos de la función de vigilancia y evaluación de riesgos. Como se ha observado anteriormente, un comité consultor permanente podría ser útil para ayudar a la OMS en esas esferas. Dejaría margen a un marco de referencia más amplio para un análisis que tenga en cuenta las dimensiones sociales, económicas, éticas y culturales del evento, sin menoscabar la imparcialidad de la OMS o la confidencialidad del proceso de evaluación de riesgos.

126. La OMS se afana para fortalecer y modernizar su programa de respuesta a las emergencias. Como parte de esta reforma, la Directora General de la OMS convocó un grupo asesor de alto nivel a fin de que proporcionara asesoramiento para diseñar y establecer una plataforma que abarque los tres niveles de la Secretaría de la OMS con objeto de gestionar la evaluación, la caracterización, la comunicación y la gestión de riesgos; optimizar la respuesta de la Organización a los brotes y emergencias con consecuencias sanitarias y humanitarias; y prestar apoyo a la OMS a fin de que esté preparada para coordinar a los Estados Miembros, las Naciones Unidas y los asociados operacionales durante brotes epidémicos y emergencias.¹ El Comité de Examen acogió con agrado el refuerzo de la Secretaría de la OMS en relación con las emergencias sanitarias, que se presentó al Consejo Ejecutivo en enero de 2016,² e hizo hincapié en que el programa se aplicara con urgencia.

127. El nuevo programa de la OMS debe contar con los recursos adecuados a todos los niveles. En particular, en muchas oficinas regionales y de país se necesitará una ampliación considerable de las capacidades ante las emergencias. La OMS está considerando varias opciones para los recursos financieros adicionales que se necesitarán. Una posibilidad es la potenciación de las capacidades y los recursos con otros organismos asociados y de las Naciones Unidas. El Grupo Asesor sobre la labor de la reforma de la OMS en brotes y emergencias con consecuencias sanitarias y humanitarias recomendó, por ejemplo, que la OMS potencie al máximo su uso del Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia, gestionado por el Coordinador del Socorro de Emergencia en nombre del Secretario Ge-

¹ Mandato del Grupo Asesor sobre la labor de la OMS en brotes y emergencias con consecuencias sanitarias y humanitarias. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/advisory-group/tor/en/).

² Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 y problemas planteados: seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre la emergencia del ebola (resolución EBSS3.R1) y de la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud (decisión WHA68(10)): Diseño de alto nivel de un nuevo programa de emergencias sanitarias de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (EB138/55) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_55-sp.pdf).

neral de las Naciones Unidas.¹ Los informantes en general señalaron su apoyo al aumento de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros a la OMS a fin de fortalecer su capacidad en este ámbito. Este enfoque ha sido propuesto también por otros grupos de examen.^{2,3,4} Entre otras posibles vías de apoyo propuestas por los informantes cabe citar la movilización de fundaciones clave y la colaboración con el sector privado.

128. Con objeto de potenciar sus capacidades de respuesta, la OMS está estableciendo 1) un cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias,⁵ tal como había recomendado el Comité de Examen de 2011 del RSI, y 2) un Fondo para contingencias relacionadas con emergencias. Se prevé que el Fondo para contingencias logre un capital de US\$100 millones con el que se financiaría la respuesta inicial de la OMS a una emergencia. Tal Fondo permitirá a la OMS movilizar recursos humanos adicionales para coordinar los equipos médicos de emergencia, establecer sistemas informáticos, abordar las deficiencias de comunicación de los riesgos, y adquirir y entregar suministros médicos.⁶

3.2.4 Estrategia de comunicaciones de la OMS

129. Pese a las dilatadas actividades de la OMS en el ámbito de las comunicaciones durante la epidemia de ebola, muchos informantes se mostraron críticos con la capacidad de la OMS para presentar información oportuna, pertinente y basada en datos científicos a las instancias decisorias principales para la adopción fundamentada de medidas de protección y respuesta. Las diversas partes interesadas tienen diferentes necesidades en materia de información, por ejemplo para la preparación de informes destinados a los medios de comunicación, y para disipar rumores. El número y variedad de organizaciones que necesitaban información oportuna y pertinente era amplio, por ejemplo los sindicatos, los servicios de salud ocupacional, las compañías aéreas, los medios de comunicación y las ONG. El problema se exacerbó cuando los Estados Partes publicaron diferentes consejos (por ejemplo, avisos para ser leídos en la aeronave) e instrucciones, y por la desconfianza en las autoridades de salud que no fueran la OMS, por ejemplo los sindicatos no confiaban plenamente en el asesoramiento facilitado por sus propios servicios de salud ocupacional puesto que no venía avalado por declaraciones oficiales de la OMS. Ante la falta de información fiable, las organizaciones recurrieron a internet y a otras organizaciones. Esa falta de información oportuna procedente de la OMS se vio exacerbada por la falta general de concienciación sobre el RSI y el desconocimiento de este instrumento entre los Estados Miembros, lo cual se amplió a las organizaciones internacionales, las entidades comerciales y las comunidades.

¹ Segundo informe del Grupo consultivo sobre la reforma de la labor de la OMS en los brotes y las emergencias con consecuencias sanitarias y humanitarias. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, enero de 2016 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/advisory-group/second-report-spanish.pdf?ua=1).

² Informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, julio de 2015 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-es.pdf?ua=1>).

³ Commission on a Global Health Risk Framework for the Future. The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises. Washington, DC. National Academy of Medicine, enero de 2016 (<http://nam.edu/wp-content/uploads/2016/01/Neglected-Dimension-of-Global-Security.pdf>).

⁴ Protecting Humanity from Future Health Crises. Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises. 25 de enero de 2016. (http://www.un.org/News/dh/infocus/HLP/2016-02-05_Final_Report_Global_Response_to_Health_Crises.pdf).

⁵ Decisiones y lista de resoluciones. 68.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 5 de junio de 2015 (A68/DIV./3). 5 de junio de 2015. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_DIV3-sp.pdf, consultado el 10 de octubre de 2015).

⁶ Fondo para contingencias relacionadas con emergencias. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/Contingency-Fund-Emergencies.pdf?ua=1).

130. La opinión general era que la OMS es la fuente de información más fiable en las emergencias de salud pública. Por tanto, si esa información hubiera emanado de manera oportuna y fiable de la OMS, esta hubiera podido ejercer alguna influencia y posiblemente haber incidido en decisiones fundamentales (por ejemplo, con respecto al mantenimiento o no de los vuelos a África occidental). En particular fue problemática la transmisión de un mensaje coherente en los meses anteriores a la declaración de la ESPII. Por ejemplo, un periodista destacado en Ginebra afirmó que no se pudo acceder a ningún experto técnico sobre el ebola hasta finalizar la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014, y que con anterioridad solamente había acceso a portavoces de la OMS

131. En opinión del Comité de Examen, el hecho de que la OMS no emitiera información oportuna puede que reflejara en parte las dudas de la Secretaría de la OMS sobre su evaluación de riesgos en una situación compleja y en evolución. En parte, parecía deberse también a la reticencia a publicar información, o a responder a peticiones de información, hasta tener la seguridad de que la respuesta tuviera una justificación científica. El Comité de Examen entiende plenamente el riesgo que supone para la reputación de la OMS emitir comunicaciones que posteriormente tendrían que modificarse o de las que la Organización tendría que retractarse. Sin embargo, en el mundo interconectado de hoy en día, las organizaciones y los particulares pueden obtener información de inmediato a partir de múltiples canales de comunicación, y el costo de ofrecer información inexacta o con retraso y de no contrarrestar de manera activa y oportuna la información errónea puede ser muy alto. Ello puede hacer que las organizaciones activen medidas indebidamente protectoras, que cunda el pánico entre la población y puede tener graves consecuencias económicas y sociales para los países y las comunidades.

132. Hubo otros casos de información de calidad ínfima. La declaración de la ESPII no estuvo acompañada de una declaración inequívoca de las medidas de respuesta que la OMS adoptaría, a pesar de que la responsabilidad y el liderazgo recaían sobre ella, y de las que se esperaba que adoptaran otros organismos, por ejemplo los de las Naciones Unidas, el Grupo de Acción Sanitaria Mundial, las OIG y las ONG. En las entrevistas con los presidentes de los Comités de Emergencia del RSI, una de las propuestas presentadas fue que, al formular recomendaciones temporales, el Comité de Emergencias especificara las medidas que los asociados en el desarrollo y los organismos debían adoptar y que se les exigiera que informaran a la OMS. La declaración debería también activar los protocolos de respuesta de la OMS en las emergencias, así como el establecimiento de una cadena inequívoca de mando y comunicación en la Secretaría de la OMS, y debería ir acompañada de una explicación clara de los acuerdos de comunicación y enlace concertados para la emergencia.

133. Se señaló también al Comité que la OMS podría haber hecho un mayor uso del Sistema Mundial de Alerta y Coordinación sobre Desastres, utilizado por los coordinadores nacionales de emergencias, tanto para obtener información sanitaria como para ofrecer información oportuna y fiable. Durante la epidemia de ebola se recurrió a dicho Sistema Mundial para alertar a los equipos de las Naciones Unidas para la evaluación y la coordinación en casos de desastre y movilizarlos a Ghana, Liberia y Malí. Por ejemplo, en el debate que se mantuvo en línea para el despliegue del equipo a Liberia participaron 978 gestores de desastres de 155 países y organizaciones y se examinó a fondo la respuesta al ebola; ello hubiera constituido una plataforma excelente para que OMS recabara y aportara información, y también para ofrecer aclaraciones y formación al sistema general de acción humanitaria y de los Estados.

134. Se señaló que durante la epidemia de ebola la comunicación de la OMS sobre los riesgos fue inadecuada. Numerosos testimonios confirmaron que no pudieron obtener de la OMS la información necesaria para facilitar la adopción de decisiones, preparar notas informativas destinadas a los medios de comunicación, disipar rumores u ofrecer garantías. La opinión general era que la OMS es la fuente de información más fiable en las emergencias de salud pública. Por tanto, si esa información hubiera emanado de manera oportuna y fiable de la OMS, esta hubiera podido ejercer alguna influencia y posiblemente haber incidido en decisiones fundamentales (por ejemplo, con respecto al mantenimiento o

no de los vuelos a África occidental). Sin embargo, organizaciones que carecían de la autoridad necesaria (por ejemplo, los sindicatos, los servicios de salud ocupacional, las compañías aéreas, los medios de comunicación y las ONG) en algunos casos pasaron a ser fuentes de información más prominentes durante el ebola. Se señaló también que a pesar de la presencia de la OMS en el Sistema Mundial de Alerta y Coordinación sobre Desastres, utilizado por los coordinadores nacionales de emergencias, algunas organizaciones que participaban directamente en la respuesta humanitaria no recibieron suficiente información de la OMS. Las organizaciones y los particulares pueden actualmente obtener información de inmediato a partir de múltiples canales de comunicación, y el costo de ofrecer información inexacta o con retraso y de no contrarrestar de manera activa y oportuna la información errónea puede ser muy alto. Ello puede hacer que las organizaciones activen medidas indebidamente protectoras, que cunda el pánico entre la población y puede tener graves consecuencias económicas y sociales para los países y las comunidades.

3.3 EVALUACIÓN Y ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS DE LA APLICACIÓN DE RECOMENDACIONES ANTERIORES SOBRE EL RSI

135. En dos exámenes anteriores del RSI^{1,2} se formularon recomendaciones para mejorar el funcionamiento y uso del Reglamento. El Comité de Examen reafirma que esas recomendaciones siguen siendo importantes y pertinentes para la futura aplicación del RSI. Algunos países se han puesto manos a la obra reforzando las capacidades básicas necesarias para ofrecer una respuesta eficaz a las amenazas de salud pública. Ahora bien, la epidemia de ebola demostró que muchos países siguen sin tener la capacidad o la voluntad de satisfacer las obligaciones que les corresponden en virtud del RSI. La falta de recursos, los conflictos y la falta de comprensión o voluntad política probablemente han influido en la capacidad de los países para cumplir sus obligaciones. Muchos países siguen batallando con sistemas de salud frágiles y deficiencias en la capacidad de laboratorio, que son elementos esenciales para el funcionamiento del RSI. Además, muchos Estados Partes aplicaron medidas de respuesta sin justificarlas suficientemente desde el punto de vista de la salud pública, lo que dio lugar a interrupciones innecesarias en los viajes y el comercio, lo que a su vez agravó los efectos de la epidemia. En el caso de la epidemia de ebola, tales medidas redujeron enormemente la rapidez y eficacia de la respuesta mundial a la emergencia para evitar la propagación transfronteriza del virus y la pérdida de vidas.

3.3.1 Estado de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen de 2011

136. El Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009 formuló en su informe 15 recomendaciones de actuación, definió el plazo de aplicación de cada recomendación y asignó la responsabilidad de su aplicación a la OMS, a los países o a ambas partes conjuntamente. En el cuadro se presenta un resumen del estado de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen de 2011 por grado de realización, que deja patente que muchas de las recomendaciones no se han aplicado plenamente.

¹ Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009. Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (A64/10) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf).

² Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen sobre las segundas prórogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (A68/22 Add.1) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-sp.pdf).

137. Seis de las 15 recomendaciones podrían quizá haber atenuado las consecuencias de la epidemia de ebola si se hubieran aplicado plenamente: dos recomendaciones a los países relativas a la aceleración de la puesta en práctica de las capacidades básicas del RSI y la mejora en el funcionamiento de los CNE; dos recomendaciones a la OMS relativas al fortalecimiento de la capacidad interna para dar una respuesta sostenida y la mejora de las decisiones en materia de viajes y comercio internacionales; y dos recomendaciones a ambas partes para el establecimiento de un cuerpo de reserva mundial de expertos en salud pública y un fondo para contingencias relacionadas con emergencias de salud pública. Cuatro de las seis recomendaciones antedichas solo están «parcialmente realizadas» casi cinco años después de la publicación del informe.

138. Si bien la epidemia de ebola ha puesto de relieve la falta de capacidades básicas en los tres países más afectados de África occidental, es evidente que el deterioro está mucho más extendido y que muchos países corren un riesgo similar de no poder detectar pronto emergencias de salud pública de ese tipo ni responder a ellas con eficacia. Es necesario adoptar más medidas, así como establecer CNE más efectivos. El apoyo de la Secretaría a esta recomendación se ha centrado en ofrecer oportunidades y materiales de formación, mientras que los planes para poner en marcha actividades de promoción más sólidas no han llegado a aplicarse.

139. La detección activa de la aplicación por los Estados Partes de medidas relacionadas con el comercio y los viajes es ya un elemento bien establecido de la respuesta de la Secretaría a las emergencias de salud pública. Sin embargo, como se observó en 2011, el RSI no confiere a la OMS autoridad para imponer sanciones que puedan aplicarse cuando los Estados Partes aplican medidas que no están justificadas. Además, los datos probatorios en los que fundamentar las decisiones sobre las medidas relacionadas con el comercio, los viajes y las fronteras durante las emergencias sanitarias siguen siendo escasos pese a los esfuerzos por examinar la experiencia de eventos recientes.

140. La respuesta a la epidemia de ebola ha reforzado la necesidad de realizar una reforma más fundamental y amplia de la respuesta de la OMS en las emergencias. Como se analiza en otro apartado del presente informe (sección 3.2.3), está en marcha el establecimiento de un nuevo programa de la OMS de emergencias sanitarias, como parte del proceso de reforma de la Secretaría de la OMS ante emergencias iniciado en 2015.^{1,2} El programa aborda aspectos como el cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias y el Fondo para contingencias, elementos ambos en los que se está avanzando.³

141. El Comité de Examen analizó la razón de que unas recomendaciones cuidadosamente razonadas formuladas en 2011 solo se hubieran aplicado parcialmente en los años posteriores. Una primera observación es que si el RSI es la estrategia fundamental para la seguridad sanitaria mundial, su función esencialmente no está reconocida y recibe apoyo precario. La escasa voluntad política y las limitaciones en el conocimiento y la comprensión del RSI y sus prescripciones en los niveles más altos de los

¹ Follow-up to the World Health Assembly decision on the Ebola virus disease outbreak and the Special Session of the Executive Board on Ebola: Roadmap for Action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/WHO-outbreaks-emergencies-Roadmap.pdf).

² Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 y problemas planteados: seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre la emergencia del ebola (resolución EBSS3.R1) y de la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud (decisión WHA68(10)): Diseño de alto nivel de un nuevo programa de emergencias sanitarias de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (EB138/55) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_55-sp.pdf).

³ Segundo informe del Grupo consultivo sobre la reforma de la labor de la OMS en los brotes epidémicos y las emergencias con consecuencias sanitarias y humanitarias. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, enero de 2016 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/advisory-group/second-report-spanish.pdf?ua=1).

gobiernos nacionales se encuentran en la base del problema de la aplicación insuficiente del RSI. Este factor, unido a la escasez de recursos financieros y conocimientos especializados para establecer las capacidades básicas, ha dado lugar a que la aplicación del RSI sea un reto insalvable para la mayoría de los países. Además, el hecho de que sea un instrumento jurídico internacional dificulta la promoción del RSI y ha contribuido a su escaso reconocimiento entre los líderes políticos y las instancias decisorias, los profesionales clínicos y de salud pública, la sociedad civil y otras partes interesadas.

142. Puede formularse una segunda observación con respecto al contexto. Las recomendaciones se formularon tras la pandemia de la gripe por el virus H1N1 (2009), que afectó de forma moderada a la salud pública. Se acusó a la OMS de haber reaccionado desproporcionadamente, de malgastar recursos y de no contar con procedimientos adecuados para gestionar posibles conflictos de intereses entre los miembros de su Comité de Emergencias. Es probable que ese contexto no fuera favorable a la plena y rápida aplicación de las recomendaciones de 2011 formuladas por el Comité de Examen del RSI.

3.3.2 Estado de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen de 2014

143. El Comité de Examen de 2014 sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI se basó para su informe en las conclusiones y recomendaciones del Comité de Examen de 2011 y formuló recomendaciones relativas a la aplicación futura del RSI. Por ello, el Comité de Examen decidió comentar el informe de 2014, aunque no se mencionaba específicamente en su mandato.

144. En su informe, el Comité de Examen de 2014 sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI señaló algunas medidas a corto y largo plazo para acelerar la elaboración de las capacidades exigidas en el RSI. El Comité subrayó la importancia crucial de contar con mejor información sobre la solidez de las capacidades básicas de los Estados Partes y recomendó que «la evaluación periódica de las capacidades funcionales se rija por criterios más ligados a su utilización efectiva».¹ En el contexto de la epidemia de ebola, la aplicación de esas recomendaciones ha conllevado mejoras en la evaluación de las capacidades básicas exigidas en el RSI. Como se señala en otros apartados del presente informe, la OMS trata activamente de poner en marcha un programa para reforzar la evaluación de las capacidades básicas que ha sido bien recibido en todos los comités regionales de la OMS. EMRO, en particular, se ha centrado en impulsar reformas relacionadas con la evaluación de las capacidades básicas. El Comité tomó nota también de que la iniciativa ASSM se ha caracterizado por aplicar enfoques robustos frente a la evaluación, en particular la evaluación externa, que es la norma en muchos otros sectores (véase la sección 3.1.1).

¹ Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (A68/22 Add.1) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-sp.pdf).

Cuadro: Grado de realización de las recomendaciones del Comité de Examen del RSI de 2011¹

Recomendaciones	No se ha avanzado	Solo parcialmente realizada	Progresos considerables	Casi totalmente realizada	Plenamente realizada
<i>1. Acelerar la puesta en práctica de las capacidades básicas que pide el RSI (países/largo plazo)²</i>					
<i>2. Mejorar el Sitio de Información sobre Eventos del RSI que tiene la OMS (OMS /1 año)</i>					
<i>3. Reforzar las decisiones en materia de viajes y comercio internacionales basadas en datos científicos (OMS /largo plazo)</i>					
<i>4. Lograr que todos los Centros Nacionales de Enlace para el RSI tengan la autoridad y los recursos necesarios (países / 2 años)</i>					
<i>5. Fortalecer la capacidad interna de la OMS para dar una respuesta sostenida (OMS/1 año)</i>					
<i>6. Mejorar las prácticas de nombramiento de un Comité de Emergencias (OMS/1año)</i>					
<i>7. Revisar las orientaciones sobre la preparación para una pandemia (OMS/2 años)</i>					
<i>8. Elaborar y aplicar medidas para evaluar la gravedad (OMS/2años)</i>					
<i>9. Agilizar la gestión de los documentos de orientación (OMS/1año)</i>					
<i>10. Formular y aplicar una política de comunicación estratégica para toda la Organización (OMS/1 año)</i>					
<i>11. Fomentar acuerdos por adelantado en materia de distribución y entrega de vacunas (conjunta /en un plazo de 2 años)</i>					
<i>12. Establecer un cuerpo de reserva mundial más amplio de expertos en salud pública (conjunta / en un plazo de 2 años)</i>					
<i>13. Crear un fondo para contingencias relacionadas con emergencias de salud pública (conjunta /en un plazo de 2 años)</i>					
<i>14. Llegar a un acuerdo sobre el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y a otros beneficios (países / 1 año)</i>					
<i>15. Empezar un programa integral de investigación y evaluación en torno a la gripe (conjunta / largo plazo)</i>					

¹ La evaluación se basa en la situación actual y no en los plazos de ultimación propuestos por el Comité de Examen.

² Largo plazo se define como un plazo superior a 2 años.

3.4 DE LA EVALUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES

145. Tras su evaluación el Comité de Examen concluye lo siguiente: desde la entrada en vigor en 2007 del RSI (2005), solo una minoría de países ha reforzado las competencias básicas necesarias para estar preparado frente a las amenazas de salud pública y responder con eficacia a ellas, la mayoría de los Estados Partes no tiene la capacidad o la voluntad de cumplir las obligaciones exigidas en virtud del RSI. La falta de recursos, los conflictos y la falta de comprensión o voluntad política probablemente han influido en la capacidad de los países para cumplir sus obligaciones.

146. La epidemia de ebola reveló insuficiencias profundas en la aplicación del RSI en el ámbito nacional, regional y mundial, en particular con respecto al acceso equitativo a los servicios de salud, la inclusión de grupos de población vulnerables, las condiciones socioeconómicas, la «dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas», exigidas en el artículo 3, y la transparencia y ausencia de discriminación (artículo 42). En ningún otro lugar es más evidente esta situación que en la Región de África (recuadro 5).

147. Además, muchos Estados Partes y partes interesadas decidieron desestimar uno de los principales objetivos del RSI y aplicaron medidas que restringían el movimiento de personas y mercancías. Tales acciones tuvieron efectos negativos en la rapidez y eficacia de la respuesta mundial.

148. El ebola demostró que el incumplimiento de las prescripciones del RSI, aunque sea en un solo país, compromete la aspiración general de poder responder rápida y eficazmente a las emergencias mundiales de salud pública. Quedaron expuestas a todos los niveles las deficiencias de la infraestructura de la OMS necesaria para llevar a cabo una respuesta eficaz, que se deben a la infrafinanciación sistémica, la falta de recursos humanos especializados y la ausencia de un orden de prioridades.

149. Para que la aplicación del RSI y la respuesta mundial de salud pública sean eficaces, es necesario adoptar medidas urgentes.

150. A continuación, es imperativo centrarse en establecer una estrategia para la aplicación del RSI y en el fortalecimiento de la Secretaría de la OMS a todos los niveles y en sus alianzas. Tales medidas permitirán alertar pronto a la comunidad internacional de las amenazas de salud pública y mejorar la evaluación, gestión y comunicación de riesgos.

Recuadro 5: Reflexiones africanas sobre la respuesta al ebola

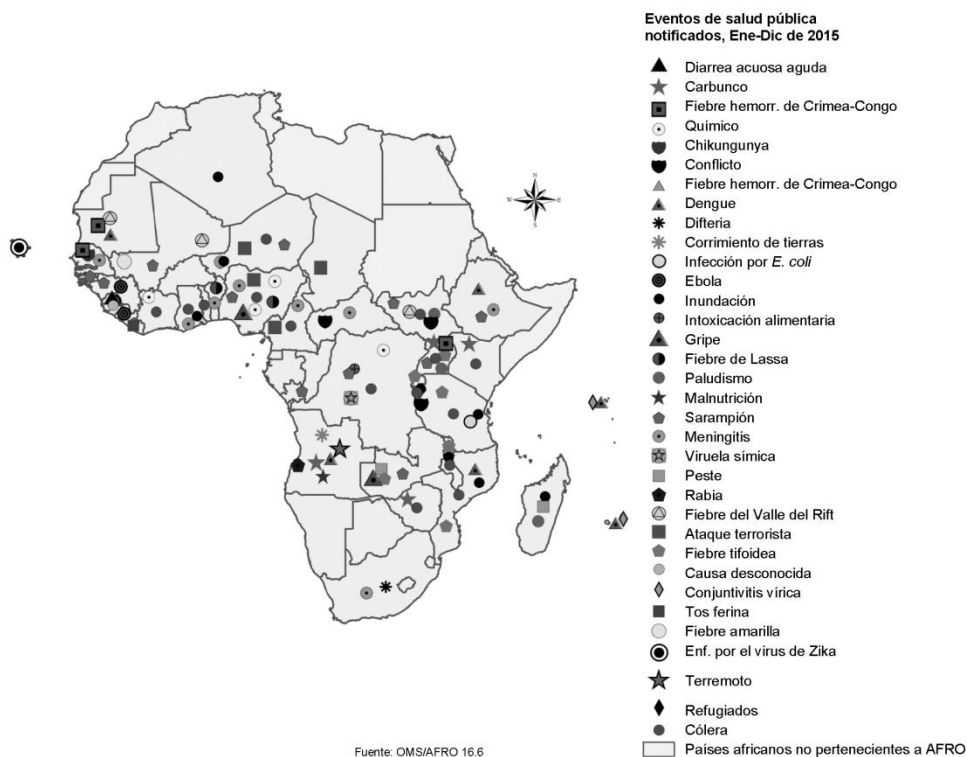
Durante la reunión sobre «La seguridad sanitaria más allá del ebola»,¹ celebrada en Ciudad del Cabo en 2015, el Dr. Victor Asare Bampoe, Viceministro de Salud de Ghana, resumió los fallos que expusieron las limitaciones de muchos sistemas nacionales de salud en África y otros continentes: «En estos países, muchas de las funciones del RSI no están operativas o no se recogen adecuadamente en los sistemas nacionales de salud. Una coordinación deficiente, una colaboración inadecuada con la comunidad que lleva a la desconfianza en los servicios de salud, la incorrecta prevención y control de las infecciones en los establecimientos sanitarios y la escasez de profesionales de la salud siguen impidiendo que muchos países estén debidamente preparados para hacer frente a los riesgos para la seguridad sanitaria». La falta de programas de formación para profesionales de la salud y la incapacidad para retener a personal cualificado han debilitado aún más la capacidad de la región para responder a emergencias y establecer sistemas eficaces de vigilancia. Debería ser una prioridad para la comunidad

¹ Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (EB138/19) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_19-sp.pdf).

internacional en su conjunto que esos países dispongan de instituciones fuertes para la seguridad sanitaria, con los recursos materiales y humanos necesarios.

Un ministro de salud de África occidental subrayó una segunda deficiencia importante en la respuesta mundial al ebola: el aislamiento evitable de los países afectados de África occidental impuesto por las compañías aéreas y algunos países desarrollados, con consecuencias desastrosas para las iniciativas de ayuda humanitaria y para las economías de esos países. Tratar de exigir el cumplimiento del RSI en los países pobres sin insistir también en que todos los países acaten el RSI y no impongan restricciones inadecuadas a los viajes y aislamiento a los países, conlleva el riesgo de que el RSI se considere un instrumento poco equitativo cuya aplicación protege las necesidades de los países más ricos sin tener en cuenta del mismo modo las necesidades de los países pobres. En el peor de los casos, esto podría dar lugar a que los países pobres se muestren reacios a notificar amenazas de salud pública por miedo a posibles consecuencias sociales y económicas importantes. Para evitar que esto ocurra, debe haber un consenso y compromiso mundial común con respecto a la aplicación del RSI. África experimenta unos 100 eventos de salud pública cada año que afectan a muchos países y que con frecuencia son transfronterizos y de naturaleza multisectorial (figura 6). Garantizar una asignación adecuada de recursos antes, durante y después de una emergencia, además de evitar la imposición de restricciones injustificadas a los viajes, es fundamental para que el RSI tenga la máxima repercusión mundial, sin lo cual no puede garantizarse la salud pública mundial.

Figura 6. Eventos de salud pública notificados en África, 2015*



4. RECOMENDACIONES

151. Si el mundo realmente quiere prepararse para futuras emergencias de salud pública y darles una respuesta rápida y eficaz, debe conceder mayor prioridad al RSI, abordar las inequidades que hubo en la respuesta mundial al ebola, y reforzar la función de la OMS en la coordinación de la aplicación del Reglamento.

152. Nuestras recomendaciones se dividen en dos grupos: 1) una estrategia destinada a garantizar la aplicación del RSI con base en nuevas propuestas (recomendaciones 1 a 6), y 2) la mejora del funcionamiento del RSI reforzando los enfoques ya existentes para su aplicación (recomendaciones 7 a 12).

153. En el apéndice III se presentan las respuestas a las recomendaciones dirigidas a este Comité de Examen por el Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola y el Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas.

Recomendación 1: Aplicar el RSI en vez de modificarlo

Consideraciones del Comité de Examen:

154. En opinión de este Comité de Examen, los fallos en la respuesta internacional al ebola no se debieron a deficiencias importantes del texto del Reglamento. El Comité de Examen considera que el RSI sigue siendo un marco jurídico indispensable para prevenir y contener la propagación internacional de riesgos para la salud pública. El reto global con respecto al RSI radica en su aplicación insatisfactoria.

155. Tras un examen exhaustivo del RSI, el Comité de Examen consideró que, en un momento en que es urgente su aplicación, la apertura de un proceso de modificación tardaría años, y que ello desviaría la atención de su aplicación a los debates sobre su alcance, mecanismos o redacción. Pese a reconocer que, inevitablemente, hay disposiciones del RSI que podrían mejorarse (por ejemplo, la simplificación del proceso para formular recomendaciones permanentes), el Comité consideró que los riesgos que conllevaría la realización de modificaciones superarían con creces los potenciales beneficios.

156. Al elaborar las nuevas recomendaciones que figuran en el presente informe, el Comité de Examen determinó que el RSI no requiere modificaciones.

Recomendación del Comité de Examen:

En este momento no es necesario ni sería beneficioso abrir un proceso de modificación del RSI.

Recomendación 2: Elaborar un Plan Estratégico Mundial para mejorar la preparación y la respuesta de salud pública

Consideraciones del Comité de Examen:

157. Aunque la OMS ha elaborado orientaciones técnicas y estrategias regionales y presta a los países asesoramiento *ad hoc* con respecto a la aplicación del Reglamento, la inexistencia de una estrategia general que oriente a los países sobre el modo de poner en práctica el RSI y permita seguir los progresos mundiales ha contribuido a que el mundo siga estando mal preparado para las grandes emergencias de salud pública. Además, está claro que muchos países con escasos recursos serán incapaces de establecer por sí solos las capacidades básicas necesarias para la fecha final de junio de 2016. El establecimiento de nuevos plazos oficiosos será inútil sin una estrategia sobre la implicación de los países y

el apoyo que se les preste. En su lugar, es necesario poner en funcionamiento una estrategia mundial con metas e hitos ambiciosos, pero alcanzables.

158. El Comité de Examen tomó nota del reto que supone equilibrar la necesidad de medidas urgentes con la realidad de que los Estados Partes con escasos recursos no lograrán a corto plazo el refuerzo necesario de sus sistemas de salud. El Comité opina que la respuesta apropiada a este reto consiste en un plan decenal de mejora continua de la preparación en materia de salud pública, centrado de forma prioritaria en la aplicación del RSI en los primeros 1 a 3 años.

Recomendaciones del Comité de Examen:

La Secretaría de la OMS, junto con los Estados Partes y otros interesados clave, debería liderar la elaboración de un Plan Estratégico Mundial para mejorar la preparación en materia de salud pública, a fin de asegurar la aplicación del RSI, especialmente en lo que se refiere al establecimiento y seguimiento de las capacidades básicas. El Plan Estratégico Mundial debería servir de base para la elaboración de los planes nacionales y de las oficinas regionales.

A la Secretaría de la OMS y a los Estados Partes

2.1 El Plan Estratégico debería:

2.1.1 Elaborarse para ser aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud de 2017 y posteriormente examinado anualmente por la Asamblea para determinar los progresos realizados por los Estados Partes y los asociados para el desarrollo.

2.1.2 Establecer un programa de examen y mejora continua de las capacidades básicas, utilizando para ello el Marco OMS de seguimiento y evaluación del RSI.

2.1.3 Disponer de indicadores claros de proceso y de desempeño, con el objetivo de mejorar la aplicación del RSI y la preparación y la respuesta de salud pública.

2.1.4 Incluir indicadores de desempeño que evalúen los puntos fuertes y débiles de las respuestas mundiales tanto a las AISP (véase la recomendación 6) como a las ESPII.

2.1.5 Tener el siguiente cronograma (véase la figura 7):

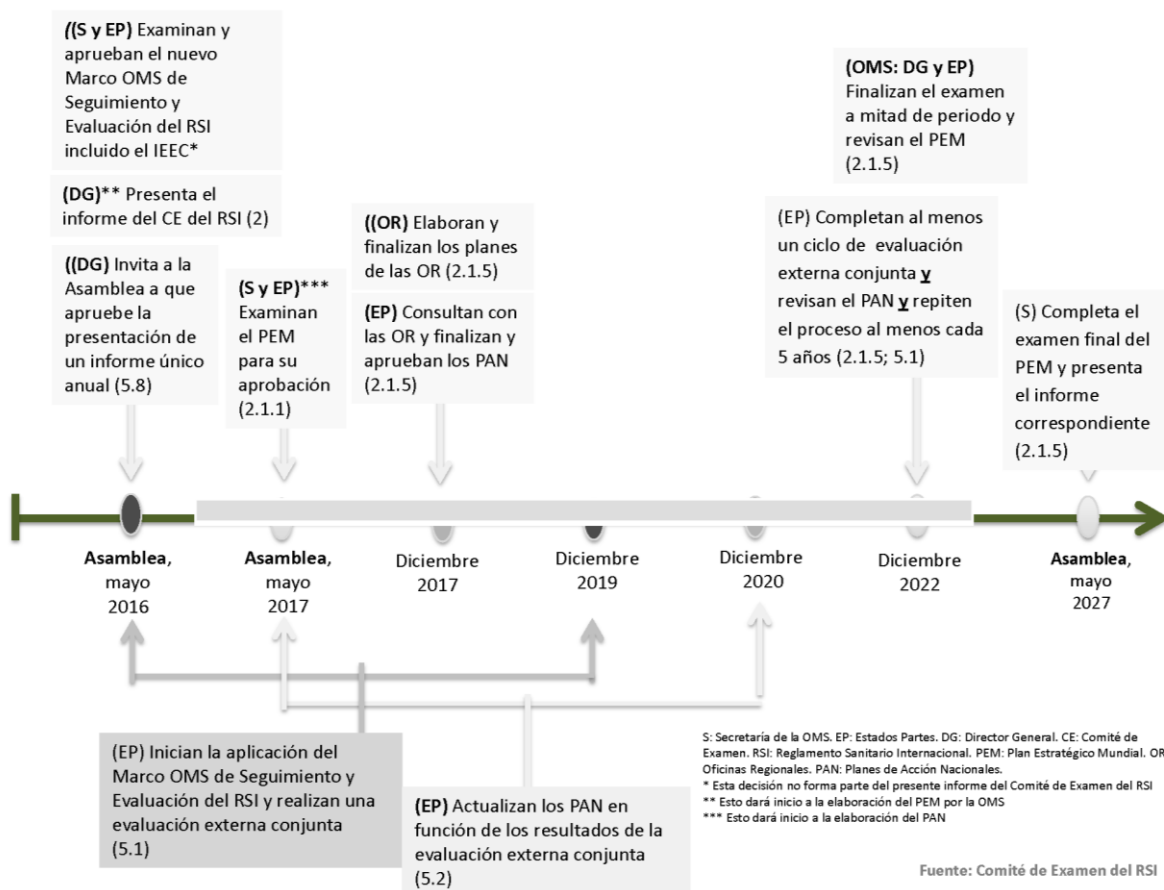
- Para diciembre de 2017, cada Estado Parte debería tener un plan nacional de desarrollo y mantenimiento de las capacidades básicas con prioridades definidas (un Plan de Acción Nacional), gozando para ello del apoyo de asociados internacionales, según las necesidades. El plan debería ser aprobado por los gobiernos correspondientes, en consulta con la oficina regional pertinente, y disponer de indicadores y metas para la presentación de informes a la OMS (véase la recomendación 5).
- Los Planes de Acción Nacionales deberían incorporar evaluaciones periódicas conjuntas, internas y externas independientes, de la capacidad del país a intervalos quinquenales, y cada evaluación debería ser comunicada a la Asamblea de la Salud, vinculada a medidas de mejora o de mantenimiento.
- A fin de respaldar los Planes de Acción Nacionales y garantizar mejoras continuas en los países, para diciembre de 2017, todas las oficinas regionales deberían elaborar pla-

nes de aplicación regionales, con definición de costos y prioridades, que serán perfeccionados ulteriormente.

- Para 2022, cada Estado Parte debería haber completado al menos un ciclo de evaluación externa conjunta (véase la recomendación 5) y un examen de su Plan de Acción Nacional.
- Para 2022, la OMS debería haber completado un examen a mitad de periodo del Plan Estratégico Mundial, a fin de identificar los progresos realizados y revisar el plan en consecuencia.
- Para 2027, la OMS debería presentar a la Asamblea Mundial de la Salud un informe sobre el examen del Plan Estratégico Mundial y el RSI.

2.2 El Plan Estratégico Mundial debería disponer de apoyo económico y técnico por parte de la OMS, los asociados para el desarrollo y el sector privado, vinculado como incentivo a la consecución de hitos predeterminados en los Planes de Acción Nacionales.

Figura 7. Cronograma propuesto para la aplicación de las recomendaciones 2 y 5



Recomendación 3: Financiar la aplicación del RSI, en particular para apoyar el Plan Estratégico Mundial

Consideraciones del Comité de Examen:

159. Muchos Estados Partes y asociados internacionales para el desarrollo no han prestado suficiente atención a la financiación y la colaboración necesarias para reforzar y mantener las capacidades de salud pública que requiere el RSI. La financiación de la consecución de las capacidades básicas en los países con escasos recursos y en los estados frágiles es particularmente problemática para los Estados Partes; la epidemia de ebola puso de manifiesto que la aplicación del RSI resulta imposible en estos entornos sin un importante apoyo externo, económico y técnico, antes, durante y después de que se produzca un evento. Algunos países afectados manifestaron ser incapaces de hacerse cargo de los recursos introducidos en ellos por los asociados internacionales para el desarrollo, lo cual también señala la necesidad de una mayor coordinación y capacidad nacionales.

160. Este Comité de Examen no se constituyó para llevar a cabo un análisis financiero detallado de los requisitos financieros para la aplicación del RSI. No obstante, observó que se han hecho estimaciones y consideró que, con los niveles de financiación actuales, a la OMS no le resulta posible cumplir su mandato mundial de apoyo y coordinación a todos los niveles. El Comité de Examen toma nota de que el Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola y el Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas recomiendan que se aumenten las contribuciones señaladas al presupuesto de la OMS.

Recomendaciones del Comité de Examen:

La OMS, los Estados Partes y los asociados internacionales para el desarrollo deberían comprometerse urgentemente a prestar apoyo financiero a nivel nacional, regional e internacional para la aplicación exitosa del Plan Estratégico Mundial.

A los Estados Partes

3.1 Deberían asignar recursos suficientes al desarrollo, mantenimiento y evaluación de las capacidades básicas requeridas por el RSI como componente prioritario del sistema de salud nacional.

3.2 A partir de 2017, deberían aumentar las contribuciones a la Secretaría de la OMS, a fin de posibilitar el establecimiento de un programa eficaz de evaluación, gestión y comunicación de los riesgos relacionados con las emergencias sanitarias en la sede, las regiones y los países, en particular un Fondo OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias que permita a la Organización prestar un apoyo eficaz a la respuesta a las emergencias en los países con escasos recursos.

A la Secretaría de la OMS

3.3 Junto con los asociados internacionales para el desarrollo, debería prestar asistencia a los Estados Partes para que, en el contexto del Plan Estratégico Mundial, elaboren un Plan de Acción Nacional con cálculo de costos para la aplicación del RSI.

3.4 Debería facilitar las alianzas entre los países con escasos recursos y otros Estados Partes o agentes internacionales para garantizar que se dé prioridad a la asistencia técnica y financiera. Dicha asistencia debe depender de que los países emprendan un examen independiente de las capacidades básicas y vinculen los incentivos financieros a la consecución de hitos determinados de antemano.

3.5 Debería facilitar la colaboración entre los asociados para el desarrollo y los Estados Partes para estimular los incentivos financieros destinados al cumplimiento de las capacidades básicas y también al apoyo en caso de emergencia de salud pública.

A los asociados internacionales para el desarrollo

161. En apoyo del Plan Estratégico Mundial, los planes de las oficinas regionales y los Planes de Acción Nacionales:

3.6 Los asociados para el desarrollo, como el Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Mundial y los países de ingresos medianos y altos, deberían, de conformidad con el artículo 44 del RSI, seguir financiando y apoyando a los países que requieren apoyo financiero y técnico, y dicho apoyo debería vincularse como incentivo a la consecución de hitos predeterminados del plan nacional.

3.7 Con el apoyo de la OMS, el Banco Mundial debería aumentar el acceso a fondos para que los Estados Partes, en particular los más vulnerables, refuerzen urgentemente las capacidades básicas que requiere el RSI.

Recomendación 4: Mejorar el conocimiento del RSI y reafirmar la función de liderazgo de la OMS, dentro del sistema de las Naciones Unidas, en la aplicación del Reglamento

Consideraciones del Comité de Examen:

162. El RSI es un marco multilateral esencial que, en virtud de la Constitución de la OMS, vincula jurídicamente a los Estados Partes y a la Organización en un acuerdo para proteger a la población mundial de la amenaza de enfermedades, en particular las que pueden tener una propagación internacional. Sin embargo, la comprensión mundial del RSI y de su potencial papel durante las emergencias de salud pública es insuficiente en los gobiernos y en el sistema de las Naciones Unidas.

163. Las enseñanzas de la crisis del ebola confirmaron la necesidad de un liderazgo claro tanto en la crisis de salud pública como con respecto al RSI. El Comité de Examen consideró que este liderazgo se enmarca en el mandato de la OMS. El Comité ha examinado la recomendación del Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas de que se establezca un Consejo de alto nivel para las crisis mundiales de salud pública. Aunque reconoce la importancia de mejorar el conocimiento mundial del RSI, el Comité opina que esa estructura podría duplicar el mandato de la OMS y, por consiguiente, generar confusión con respecto a la gobernanza durante las emergencias y a las competencias de la Asamblea de la Salud. El Comité hace hincapié en la importancia del liderazgo de la OMS en la aplicación del RSI.

Recomendaciones del Comité de Examen:

Debería mejorarse el conocimiento y el reconocimiento del RSI dentro del sistema de las Naciones Unidas mediante la designación de un «defensor», y reafirmarse la función esencial de la OMS como líder y rectora de la aplicación del RSI.

Al Secretario General de las Naciones Unidas

4.1 Debería considerar la posibilidad de incluir entre las competencias del Representante Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres el mandato de actuar como «defensor» del RSI, a fin de velar por que el Reglamento sea bien entendido y tenga una posición destacada en todos los sectores, tanto en los gobiernos como en las organizaciones internacionales,

y que su aplicación continua sea seguida de cerca. Esto serviría para mejorar el conocimiento y el reconocimiento mundiales del RSI y sería una importante señal, desde fuera de la OMS, de la importancia del Reglamento para los gobiernos de los países, y no solo para los ministerios de salud.

Al Director General de la OMS y al Secretario General de las Naciones Unidas

4.2 Debería reforzarse la función central de la OMS en la evaluación, gestión y comunicación de los riesgos relacionados con emergencias de salud pública (véase la recomendación 12). El Comité de Examen no respalda la constitución de un Consejo de alto nivel sobre crisis mundiales de salud pública tal como se presenta en la actualidad, y recomienda que el Secretario General de las Naciones Unidas y el Director General de la OMS celebren consultas antes de tomar cualquier decisión sobre la aplicación de la recomendación 26 del informe del Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas.

4.3 En consonancia con la función de liderazgo de la OMS en la coordinación de las respuestas mundiales intersectoriales a las emergencias de salud pública, el Comité de Examen recomienda la pronta celebración de consultas entre el Director General de la OMS y el Secretario General de las Naciones Unidas con miras a facilitar una respuesta mundial eficaz y coordinada.

Recomendación 5: Introducir y fomentar la evaluación externa de las capacidades básicas

Consideraciones del Comité de Examen:

164. La evaluación de los progresos de los Estados Partes para establecer las capacidades básicas requeridas por el RSI se ha basado sobre todo en la autoevaluación. Aunque ha contado con la colaboración de la OMS, la autoevaluación presenta importantes puntos débiles. Por ejemplo, la experiencia adquirida a finales de 2014 en una evaluación externa apoyada por la OMS en la Región del Mediterráneo Oriental reveló deficiencias de las capacidades básicas que no se habían identificado ni reconocido en autoevaluaciones anteriores. Por consiguiente, la evaluación externa parece ser un complemento necesario. El Comité observó que, como la ASSM también ha pedido que los países participantes presenten informes sobre la aplicación del RSI, cabe la posibilidad de que se creen sistemas paralelos que podrían suponer una carga para los países. El Comité acogió con agrado el Marco OMS de Seguimiento y Evaluación del RSI, que incluye la elaboración del instrumento de evaluación externa conjunta (IEEC) del RSI con respecto a todos los peligros, en colaboración con la ASSM. El nuevo enfoque de la evaluación se presentará a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, y el Comité alienta su aprobación. El Comité reconoció que hay otros marcos de evaluación pertinentes y tomó nota de que algunos ponen sus evaluaciones a disposición del público.

Recomendaciones del Comité de Examen:

La autoevaluación complementada por la evaluación externa de las capacidades básicas requeridas por el RSI debería convertirse en la práctica óptima reconocida para monitorear y reforzar la aplicación del Reglamento.

A los Estados Partes

5.1 A partir de 2016, todos los Estados Partes deberían emprender de forma urgente una evaluación de sus capacidades básicas,¹ utilizando para ello el Marco OMS de Seguimiento y Evaluación del RSI, incluido el IEEC; la evaluación debería ser llevada a cabo por un equipo integrado, interno y externo,

¹ En virtud de los artículos 5, 13, 19 y 20 y de los anexos 1A y 1B del RSI.

nombrado por la OMS y aprobado por el Estado Parte, y ser financiada conjuntamente, con el fin de maximizar la objetividad y garantizar que los resultados sean enviados rápidamente a la OMS. Cada Estado Parte debería completar su primera evaluación externa conjunta para diciembre de 2019, y repetirla al menos cada 5 años.

5.2 Los Planes de Acción Nacionales (véase la recomendación 2.1.5) deberían ser actualizados por los Estados Partes en el año siguiente a la aplicación del IECC, contando para ello con el apoyo de las oficinas regionales y las oficinas de la OMS en los países, según proceda. Los Planes deberían abordar las deficiencias de capacidad que se identifiquen teniendo en cuenta las prioridades nacionales en relación con la salud pública y el RSI. Para corregir las deficiencias de capacidad que no puedan resolver con sus recursos nacionales, los Estados Partes deberían establecer alianzas activas con otros países o asociados internacionales para el desarrollo (véase la recomendación 12).

5.3 Los Estados Partes que todavía no hayan logrado plenamente las capacidades básicas mínimas deberían informar anualmente a la Asamblea de la Salud, a partir de mayo de 2017, y aportar información específica sobre sus progresos y resultados en cada una de las áreas de evaluación, basándose para ello en el IECC y los planes nacionales. Los Estados Partes que hayan logrado las capacidades también deberían informar anualmente a la OMS sobre sus actividades de mantenimiento y el estado de las capacidades en las diferentes áreas.

5.4 Teniendo presente la necesidad de no incrementar innecesariamente la carga que para los Estados Partes pueda suponer la presentación de informes, se podrían combinar en un solo informe a la OMS todos los requisitos al respecto.

A la Secretaría de la OMS

5.5 La OMS debería elaborar un manual de orientación y un programa de capacitación para ayudar a los países a aplicar el RSI en sus contextos específicos. Dicha orientación y capacitación debería explicar los requisitos relativos a las capacidades básicas, el proceso de evaluación, los nexos con los asociados para el desarrollo o la financiación, y la presentación de informes a la OMS.

5.6 Teniendo en cuenta que un sistema dual supone una carga innecesaria para los estados que presentan informes en virtud del RSI y de la ASSM, la OMS debería utilizar su mandato de coordinación mundial para lograr que la ASSM emplee el mismo sistema de presentación de informes que el RSI.

5.7 La OMS debería basarse en los riesgos para priorizar su apoyo técnico a los países con escasos recursos y a los estados frágiles en riesgo de sufrir nuevas enfermedades o brotes.

5.8 El Director General debería invitar a la Asamblea de la Salud a acordar los siguientes cambios del modo en que los Estados Partes y la Secretaría informarán a la Asamblea de la Salud, anualmente y en un único informe, sobre la aplicación del Reglamento:

5.8.1 La OMS debería informar sobre el instrumento de evaluación, incluido el IECC, que los Estados Partes hayan utilizado o acordado utilizar.

5.8.2 OMS debería distribuir en cada Asamblea Mundial de la Salud resúmenes de los resultados de todas las evaluaciones (utilicen el IECC u otros instrumentos) llevadas a cabo en los 12 meses anteriores.

5.8.3 La OMS debería informar a la Asamblea de la Salud de qué Estados Partes han recibido su asistencia, técnica o de otra índole, para evaluar el desarrollo o mantenimiento de capacida-

des básicas, y resumir la naturaleza de esa asistencia, incluso la facilitada u organizada a través de terceros.

5.8.4 Los Estados Partes que hayan preparado un Plan de Acción Nacional deben velar por que su informe anual a la Asamblea de la Salud acerca de la aplicación del RSI incluya información actualizada sobre el estado, actividades y progresos de la aplicación, basada específicamente en cada uno de los componentes de sus evaluaciones y planes nacionales más recientes, sobre el estado general de sus capacidades básicas y sobre las áreas más prioritarias que requieren nuevas medidas.

5.8.5 Los Estados Partes que no hayan utilizado el IEEC deberían resumir en sus informes anuales a la Asamblea de la Salud sus intenciones con respecto al desarrollo y mantenimiento de las capacidades básicas más allá de 2016.

5.8.6 Todos los Estados Partes con segundas prórrogas al plazo para el establecimiento de capacidades básicas (es decir, junio de 2016) deberían aportar a la OMS (no más tarde de diciembre de 2016, para que se presente a la Asamblea Mundial de la Salud de 2017) un informe final sobre los progresos realizados en la aplicación, tal como estén organizados y descritos en sus planes de aplicación.

A los asociados internacionales para el desarrollo

5.9 Los asociados para el desarrollo y los países de ingresos medianos y altos deberían basarse en las iniciativas existentes, considerando en particular la posibilidad de proceder a «hermanamientos», por ejemplo entre los ministerios de salud o los institutos nacionales de salud pública, para apoyar la aplicación del RSI como parte de un planteamiento integrado del fortalecimiento de los sistemas de salud, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos y en los Estados frágiles.

Recomendación 6: Mejorar la evaluación y la comunicación de los riesgos por parte de la OMS

Consideraciones del Comité de Examen:

165. De conformidad con el RSI, la OMS y los Estados Partes tienen responsabilidades específicas, pero complementarias, en la evaluación, gestión y comunicación de los riesgos; sin embargo, durante la respuesta al ebola, ni la OMS ni los Estados Partes tuvieron capacidad suficiente para cumplir adecuadamente con esas responsabilidades, que además estuvieron mal coordinadas.

166. La declaración por el Director General de que un evento constituye una ESPII es uno de los instrumentos más poderosos del RSI para advertir al mundo de una amenaza sanitaria importante. Sin embargo, no hay una comprensión universal de los criterios para convocar un Comité de Emergencias y declarar una ESPII ni para darla por finalizada. Si el Director General convoca un Comité de Emergencias pero no se declara una ESPII, hay pocas orientaciones sobre cuál es el ulterior mandato de ese Comité ni cómo se debería gestionar el evento. La naturaleza dicotómica (sí o no) de la decisión sobre si un evento constituye una ESPII puede significar que se le pida al mundo que pase rápidamente y con poco aviso de una relativa inacción a un estado de emergencia. Es necesario un nivel de alerta intermedio para advertir al mundo de potenciales amenazas que no cumplen los criterios de ESPII pero que, no obstante, requieren acciones coordinadas para limitar la posible propagación de la enfermedad. Además, aparte de las numerosas evaluaciones de los riesgos compartidas con los CNE a través del SIE, hay poca transparencia y examen externo de la labor de la OMS en materia de evaluación de los riesgos. Es necesario que la OMS cambie sus procedimientos para aumentar la eficacia y la transparencia de su evaluación de los riesgos para la salud pública con potencial importancia internacional.

167. El Comité observó que hay descontento con las operaciones informativas de la OMS y que en el mundo interconectado de hoy la Organización tiene que reconsiderar el equilibrio entre la puntualidad y la exactitud de la información proporcionada. La situación se vio agravada por un desconocimiento generalizado del RSI y de sus implicaciones prácticas en los Estados Partes y en las organizaciones a las que en su momento se pidió que respondieran a la crisis del ebola. No obstante, cuando la OMS proporcionó información, esta fue apreciada e influyente.

Recomendaciones del Comité de Examen:

La OMS debería establecer un comité consultivo permanente (CCP) que tenga como finalidad principal examinar periódicamente la evaluación y la comunicación de los riesgos por parte de la Organización; crear un nivel de alerta intermedio consistente en una nueva categoría de riesgo que necesite un seguimiento específico y se denomine Alerta Internacional de Salud Pública (AISP), y elaborar una estrategia de comunicación actualizada.

A la Secretaría de la OMS

6.1 Debería establecer un CCP con la finalidad principal de examinar periódicamente y asesorar al Director General en materia de evaluación y comunicación de los riesgos. Dicho Comité incrementaría la transparencia y la calidad de la evaluación y la comunicación de los riesgos por parte de la OMS, así como la confianza en ellas. En opinión del Comité, la creación de un CCP podría servir para asesorar a la OMS sobre cuándo es necesaria una alerta. La creación de dicho Comité es acorde con el mandato de la OMS de ofrecer asesoramiento especializado en materia de salud pública, y coherente con el RSI. En el apéndice IV se expone un proyecto del mandato y de los métodos de trabajo de ese CCP.

6.2 Debería introducir un nuevo nivel de alerta inferior al de la ESPII, denominado AISP. La declaración de una AISP sería una forma flexible y rápida de lograr el nivel intermedio de alerta que han demandado varios grupos de expertos y Estados Partes, sin necesidad de modificar el RSI. La AISP requeriría una evaluación específica del riesgo que, cuando procediere, incluiría el asesoramiento técnico y objetivo del CCP. La OMS debería definir en un manual accesible al público la finalidad y los criterios de las AISP y las ESPII, y las consecuencias operacionales y financieras que puedan tener. Los factores a tener en cuenta a la hora de determinar una AISP deberían incluir, entre otros, los siguientes:

- La naturaleza de la enfermedad.
- La propagación geográfica.
- La complejidad de la coordinación de la respuesta.
- La magnitud del interés político y mediático.
- Si se trata de una enfermedad emergente nueva.
- Si el evento puede conducir a la imposición de restricciones a los viajes y al comercio.
- Si el evento tiene posibilidades de convertirse en una ESPII.

6.3 Para garantizar la coherencia de las acciones asociadas a los diferentes niveles de riesgo y reducir la confusión, deberían documentarse claramente y comunicarse a todas las partes interesadas las relaciones existentes entre los niveles de riesgo y las medidas de respuesta previstas por el RSI, el MRE y los niveles de activación del IASC.

6.4 Debería elaborar una estrategia de comunicación de riesgos en la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países que le permitiera:

6.4.1 Ofrecer información puntual, acreditada y focalizada, y reaccionar rápidamente a las informaciones erróneas y a los cambios de las circunstancias, utilizando para ello todas las formas de comunicación disponibles.

6.4.2 Prestar apoyo a los países a través de una mejor comunicación de los riesgos mediante: la publicación de evaluaciones rápidas de los riesgos para la salud pública con potencial importancia internacional; la actualización de las Directrices para la comunicación en los brotes¹ y otros materiales de apoyo a la comunicación de los riesgos por los Estados Partes, los cuales podrán adaptarse a las circunstancias locales, para contribuir a una mejor comprensión del RSI.

6.4.3 Proporcionar en tiempos de emergencia una comunicación clara y coherente a los agentes del sector privado (por ejemplo, empresas farmacéuticas, de viajes, comercio y transporte), de modo que puedan ajustar en consecuencia sus operaciones y planes y se eviten acciones injustificadas.

6.4.4 Utilizar de forma proactiva y firme las disposiciones del artículo 11 del RSI para compartir información sobre los riesgos para la salud pública con los Estados Partes y la población, y colaborar con los Estados Partes y otros interesados a fin de mejorar la comprensión del RSI y la transparencia.

6.4.5 Establecer canales activos de comunicación y coordinación con otros organismos, de modo que la información sea compartida continuamente, lo cual establecería los fundamentos para una comunicación eficaz en tiempos de crisis.

6.4.6 Elaborar en la OMS un discurso global coherente y mensajes clave que se puedan distribuir directamente a los profesionales de la comunicación, de modo que las diversas partes interesadas puedan formular mensajes específicos que estén armonizados. Esto minimizará los mensajes conflictivos y el riesgo de confusión.

6.4.7 Velar por una mayor adhesión al proceso de comunicación y sus resultados, no solo en la OMS (es decir, comunicaciones internas coherentes), sino también por parte de los diversos interesados externos (es decir, los Estados Partes y los asociados).

6.4.8 Establecer canales de escucha sólidos (encuestas sobre la percepción, sondeos de opinión, reacción de la comunidad) para conocer mejor las lagunas de percepción e información y poder colmarlas a tiempo y en función de las condiciones locales.

Sección II: Mejora del funcionamiento del RSI reforzando los enfoques ya existentes para su aplicación

Recomendación 7: Mejorar la observancia de los requisitos relacionados con las medidas adicionales y las recomendaciones temporales

Consideraciones del Comité de Examen:

¹ WHO Outbreak Communications Guidelines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/about/en/>, consultado el 15 de marzo de 2016).

168. Las recomendaciones temporales hechas por el Director General tras la declaración de una ES-PH ofrecen orientaciones basadas en una evaluación objetiva e independiente por expertos. Durante la emergencia del ebola muchos países introdujeron medidas sanitarias innecesariamente restrictivas e injustificadas que contravenían las recomendaciones temporales, fueron perjudiciales para las poblaciones locales y perturbaron la respuesta mundial.

169. Aunque las restricciones inapropiadas impuestas por Estados Partes fueron un importante factor para que las aerolíneas interrumpieran sus operaciones, hubo muchos otros factores contribuyentes, tales como, por ejemplo, la inexistencia en los Estados afectados de alojamiento seguro garantizado para las tripulaciones de las aerolíneas, la percepción de que no había instalaciones seguras para esas tripulaciones en caso de que fuera necesaria una cuarentena, los problemas relacionados con la evacuación médica aérea de tripulantes enfermos (en parte debidos a las restricciones inapropiadas impuestas por los países), y la ausencia de la información puntual y acreditada que pedían los directivos de las aerolíneas.

170. Aunque a los Estados Partes no se les impide aplicar medidas que no hayan sido recomendadas por la OMS, deben cumplir una serie de requisitos especificados en el RSI. Muchos Estados Partes no cumplieron algunos o ninguno de esos requisitos. En algunos casos, altos funcionarios de la OMS se pusieron en contacto directo con ministros o jefes de gobierno, y también con los CNE, para que se levantaran medidas excesivas, pero a menudo, esos esfuerzos no tuvieron éxito.

Recomendaciones del Comité de Examen:

Los Estados Partes deberían velar por que las medidas de salud pública que apliquen se ajusten a las disposiciones del RSI. Para ello, la OMS debería incrementar la transparencia en relación con las medidas adicionales adoptadas por los Estados Partes y la publicidad sobre las recomendaciones temporales, además de crear alianzas con las organizaciones internacionales de viajes y comercio, y colaborar con otros interesados privados pertinentes.

A la Secretaría de la OMS

7.1 Cuando se declare una ES-PH, debería reforzar su práctica de seguir activamente tanto las medidas de respuesta puestas en práctica por los Estados Partes y las acciones emprendidas por los agentes no estatales como el impacto de esas medidas y acciones en otros Estados Partes.

7.2 Debería examinar las razones de salud pública que, en virtud del artículo 43, le presenten los Estados Partes que apliquen medidas adicionales, e informarlos de si considera que esas medidas son apropiadas o no.

7.3 Cuando un Estado Parte aplique medidas adicionales que vayan más allá de las recomendaciones temporales con respecto al evento y/o tengan repercusiones negativas inadmisibles en otros Estados Partes y, además: *i*) no notifique a la OMS de esas medidas o no aporte detalles sobre ellas cuando así se le pida, o *ii*) no aporte razones de salud pública adecuadas, o *iii*) no revise esas medidas en un plazo de tres meses, o *iv*) no las reconsidere cuando así se lo pida la Secretaría de la OMS, el Comité recomienda que, además de publicar inmediatamente y revisar periódicamente esa información en el SIE (con inclusión de las comunicaciones de seguimiento de la OMS y/o del Estado Parte), la Secretaría debería publicar al cabo de un periodo de dos semanas un resumen en el sitio web de la Organización y señalar la cuestión a la atención de ulteriores reuniones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea de la Salud

7.4 En su diálogo con los Estados Partes, la OMS debería seguir una escala ascendente, empezando por los CNE, y acudiendo a canales de comunicación a niveles progresivamente más elevados, hasta llegar a los ministros y jefes de gobierno, según proceda.

7.5 La OMS debería establecer un grupo especial con la OACI, la Organización Marítima Internacional, la Asociación Internacional de Transporte Aéreo y otros interesados pertinentes para facilitar el intercambio rápido con la industria del transporte de información sobre la evaluación, gestión y comunicación de los riesgos en eventos de salud pública importantes, a fin de lograr que durante las crisis se mantengan los viajes esenciales, como, por ejemplo, las evacuaciones médicas por vía aérea.

A los Estados Partes:

7.6 Deberían velar por que todas las medidas de respuesta aplicadas con respecto a los viajes y el comercio internacionales y demás asuntos abarcados por las recomendaciones temporales cumplan con todas las obligaciones pertinentes estipuladas por el RSI.

7.7 Deberían adoptar todas las medidas posibles para garantizar que las aerolíneas y otras empresas de transporte internacional que operen en su territorio respeten las obligaciones del Estado Parte en virtud del RSI y las recomendaciones temporales.

7.8 Deberían asegurar la coordinación de sus ministerios responsables de la salud, las fronteras, el transporte u otros asuntos pertinentes, así como de otras autoridades apropiadas del sector de los transportes, para garantizar la observancia del RSI en los contextos pertinentes y de las recomendaciones temporales, además de colaborar con las organizaciones comerciales de sus países para mantener la continuidad de los viajes y el comercio con los Estados Partes afectados.

Recomendación 8: Reforzar los Centros Nacionales de Enlace para el RSI

Consideraciones del Comité de Examen:

171. En la gran mayoría de los Estados Partes el CNE se alberga en el Ministerio de Salud. Según el RSI, los CNE son los centros esenciales para la información entre todos los sectores pertinentes de los países y para la comunicación con la OMS (y cada vez más para la comunicación entre países). No obstante, los CNE carecen a menudo de la autoridad suficiente dentro del gobierno para cumplir su mandato de solicitar y reunir información pertinente de todos los sectores, en particular en los brotes y otras emergencias de salud pública. Además, deben ser capaces de comunicarse rápida y eficazmente con las instancias decisorias clave, a veces al más alto nivel. Sin embargo, los CNE también carecen a menudo de los recursos económicos, humanos, administrativos y logísticos necesarios para llevar a cabo sus funciones más esenciales. El Comité de Examen observó que los funcionarios superiores tienen conocimientos limitados sobre el papel de los CNE, en particular en la comunicación con los grupos de la sociedad civil y las comunidades. Aún más importante es el hecho de que a menudo se parte del principio de que los CNE son una persona, pese a que el RSI (2005) los define claramente como Centros.

Recomendaciones del Comité de Examen:

Los Centros Nacionales de Enlace para el RSI deberían disponer de personal suficiente con experiencia, conocimientos técnicos y antigüedad, así como de los recursos necesarios (administrativos, logísticos y económicos) para llevar a cabo todas sus funciones obligatorias de coordinación y comunicación, así como cualquier otra función que les asigne el Estado Parte.

A los Estados Partes

8.1 Los CNE deben ocupar una posición que garantice que tienen autoridad suficiente y mandato gubernamental para acceder a los funcionarios del gobierno de más alto rango en el sector de la salud, entre otros, y a fuentes de información de todo el sector de la salud (en todos los niveles) y de los muchos otros sectores que son cruciales para que el Estado Parte cumpla eficazmente sus obligaciones dimanantes del RSI.

A la Secretaría de la OMS

8.2 Debería actualizar las orientaciones de 2007¹ y 2009² que asesoran a los Estados sobre cómo designar, establecer y empoderar jurídicamente los CNE, entre otras cuestiones; la OMS debería elaborar nuevas orientaciones en colaboración con los Estados Partes, basándose en la experiencia adquirida durante el último decenio.

8.3 La OMS debería examinar la actual red de CNE y hacer recomendaciones sobre cómo se podría reforzar, por ejemplo mediante la capacitación.

Recomendación 9: Dar prioridad al apoyo a los países más vulnerables

Consideraciones del Comité de Examen:

172. La aplicación del RSI puede enfrentarse a situaciones problemáticas en muchos contextos diferentes. Los países afectados por crisis prolongadas, como los conflictos o los desastres naturales, los Estados frágiles vulnerables a riesgos de salud pública debido a la inseguridad, que puede deteriorar los sistemas de salud, y algunos pequeños Estados insulares en desarrollo son ejemplos de esas situaciones problemáticas. En particular, las capacidades básicas de vigilancia, evaluación de riesgos, notificación y respuesta pueden ser débiles o casi inexistentes. Algunos de esos países tienen poblaciones migrantes o refugiadas, en las que el seguimiento de la propagación de las enfermedades requiere enfoques específicos.

Recomendaciones del Comité de Examen:

La OMS debería dar prioridad a la prestación de apoyo para el establecimiento de las capacidades básicas y la detección de riesgos para la salud pública a aquellos países que tienen recursos extremadamente escasos, se encuentran en situación de conflicto o se consideran Estados frágiles.

A la Secretaría de la OMS y a los asociados

9.1 En los Estados Partes afectados por conflictos u otras crisis prolongadas, deberían seguir poniendo en marcha arreglos innovadores y oficiosos, según proceda, para realizar actividades de información sobre las epidemias con miras a detectar eventos agudos de salud pública y contribuir a evaluarlos de conformidad con el artículo 9 del RSI (por ejemplo, utilizando los medios de comunicación, la vigilancia de rumores, las redes sociales, el personal sanitario, las ONG y otras fuentes). Esto puede

¹ Guía para los Centros Nacionales de Enlace para el RSI. Designación/establecimiento de Centros Nacionales de Enlace para el RSI. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. (<http://www.who.int/ihr/Spanish2.pdf?ua=1>, consultado el 15 de marzo de 2016).

² International Health Regulations (2005): Toolkit for implementation in national legislation. The National IHR Focal Point. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 (WHO/HSE/IHR/2009.4; http://www.who.int/ihr/NFP_Toolkit.pdf?ua=1, consultado el 15 de marzo de 2016).

extenderse también a arreglos innovadores para proporcionar asistencia técnica y financiera a las funciones clínicas y de salud pública esenciales en las zonas afectadas por conflictos.

9.2 En Estados Partes con capacidades insuficientes, deberían ofrecerse para evaluar eventos agudos, movilizar la asistencia en materia de salud pública y colaborar con todos los interesados pertinentes presentes sobre el terreno con miras a tener en funcionamiento capacidades de alerta y respuesta puntuales que beneficien a todas las personas afectadas por amenazas para la salud pública.

9.3 Deberían colaborar con OIG y ONG internacionales y humanitarias, y también con OSC, para detectar, notificar, alertar y responder a tiempo a eventos con potencial importancia internacional entre las personas desplazadas. En particular, la OMS debería coordinarse con organismos como la Organización Internacional para las Migraciones y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, a fin de facilitar el intercambio de información sobre poblaciones migrantes y emprender las acciones apropiadas para detener la propagación de enfermedades. El concepto de «espacios fronterizos» o espacios de vulnerabilidad puede abordarse movilizando las capacidades básicas locales en las fronteras o en su cercanía, en vez de centrarse únicamente en el papel más reducido de los puntos de entrada; además, debería mejorarse la capacidad para realizar exámenes sanitarios en esas zonas.

9.4 Deberían colaborar con los Estados Partes que tengan refugiados o grandes poblaciones itinerantes para velar por que sus capacidades básicas y planes de contingencia dispongan de arreglos destinados a esas poblaciones. Ello debería incluir la elaboración de mapas de los movimientos de población para identificar zonas potencialmente vulnerables y zonas de alto riesgo en caso de que se produzca una emergencia de salud pública. Cuando sea pertinente, las poblaciones migrantes e itinerantes han de estar incluidas en los planes nacionales de respuesta a emergencias sanitarias.

A los Estados Partes

9.5 En caso que se produzca un riesgo para la salud pública en el que sea probable que el movimiento transfronterizo de población entre dos o más Estados pueda propagar una enfermedad, los Estados Partes deberían establecer un grupo de trabajo transfronterizo para coordinar las actividades de salud pública.

Recomendación 10: Potenciar las capacidades básicas que requiere el RSI en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud

Consideraciones del Comité de Examen:

173. Las capacidades básicas que requiere el RSI, tales como la vigilancia y detección eficaces, y las capacidades de respuesta a emergencias, son parte integral de los sistemas de salud. En la práctica, dichas capacidades básicas no existen separadamente de los sistemas de salud nacionales. En muchos países, tal como se demostró durante la epidemia de ebola en África occidental, la debilidad de las mencionadas capacidades básicas refleja la debilidad del sistema de salud. Del mismo modo, la eficacia de la respuesta de un país a una emergencia de salud pública depende de las capacidades básicas efectivas para identificar amenazas y movilizar recursos, pero también de un sistema de salud que funcione eficazmente, en particular con respecto a la prevención y el control de las infecciones. El fortalecimiento de los sistemas de salud está recibiendo un apoyo y un financiamiento mundial muy necesarios, y es importante velar por que esos programas también se centren en las capacidades básicas que requiere el RSI. Además, la adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible aporta un nuevo argumento para apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud como forma de establecer y mantener las capacidades básicas que requiere el RSI. El grupo orgánico de la OMS para Sistemas de Salud e Innovación está colaborando con Alemania y Japón en la elaboración y aplicación de una hoja de ruta

para reforzar los sistemas de salud en la que se incluye un componente relativo a las capacidades básicas que requiere el RSI. El Comité considera crucial que se refuercen las capacidades básicas que requiere el RSI en el contexto más general del fortalecimiento de los sistemas de salud.

Recomendaciones del Comité de Examen:

La OMS y los Estados Partes deberían velar por que todos los programas de fortalecimiento de los sistemas de salud aborden específicamente las capacidades básicas que requiere el RSI.

A los Estados Partes

10.1 Deberían velar por que sus legislaciones y planes nacionales de financiación de los sistemas de salud incluyan explícitamente las capacidades básicas que requiere el RSI.

10.2 Deberían dar prioridad al aprovechamiento de los sistemas ya existentes que sean pertinentes para las capacidades básicas que requiere el RSI. Por ejemplo, cuando haya en funcionamiento sistemas de vigilancia de enfermedades infecciosas, zoonosis, resistencia a los antimicrobianos, fármacos de imitación, peligros medioambientales o químicos, etc., los países deberían velar por que esos sistemas compartan información y capacidades, y colaboren para maximizar los beneficios mutuos. Los Estados Partes deberían poner en marcha programas para reforzar la prevención y el control de las infecciones, y velar por que esos programas estén conectados con la aplicación de las capacidades básicas que requiere el RSI, además de crear estructuras y procesos de gestión de emergencias.

A los asociados internacionales para el desarrollo

10.3 Deberían considerar, en el contexto de su apoyo al Plan Estratégico Mundial, cómo incluir el fortalecimiento de las capacidades básicas que requiere el RSI en su ayuda al desarrollo y su asistencia técnica al fortalecimiento de los sistemas de salud en los países de ingresos bajos y medios.

Recomendación 11: Mejorar el intercambio rápido de información y datos científicos y de salud pública

Consideraciones del Comité de Examen:

174. El intercambio de información y datos durante las crisis de salud pública es crucial para la eficacia de la respuesta y el fomento de la investigación. Es esencial que se mejore el intercambio de información entre la OMS y los Estados Partes, entre los propios Estados Partes y en el mundo de la investigación; durante la epidemia de ebola hubo retrasos en el intercambio de información epidemiológica. Se puede decir que esos retrasos, que también han ocurrido en otras emergencias de salud pública, como las relacionadas con el MERS y el virus de Zika, ralentizaron la respuesta internacional. El Comité comprobó que algunos Estados Partes siguen preocupados por la posibilidad de que el intercambio de datos no se vea compensado por una compartición de beneficios. El Marco de PIP es un ejemplo de acuerdo que facilita el intercambio de muestras y, potencialmente, de datos de secuenciación génica, con una compartición de beneficios en pie de igualdad.

175. El intercambio de información o de datos cruciales para la investigación también se puede ver obstaculizado por motivos diversos. El Comité de Examen respalda el Proyecto I+D de la OMS, que, entre otras acciones destinadas a reforzar las medidas preventivas mundiales y la preparación en materia de investigación de todos los peligros, tiene como objetivo el intercambio abierto de datos y el intercambio equitativo de muestras biológicas destinadas a la investigación.

Recomendaciones del Comité de Examen:

La OMS debería defender el intercambio abierto de información sobre los riesgos para la salud pública y ampliar las orientaciones acerca de las normas mundiales para intercambiar datos¹ sobre muestras biológicas y secuenciaciones génicas durante las emergencias de salud pública.

La OMS y los Estados Partes deberían velar por que el intercambio de muestras y datos de secuenciación se compense con la compartición de beneficios en pie de igualdad.

A la Secretaría de la OMS

11.1 La OMS debería seguir luchando por la publicación rápida, en revistas de acceso gratuito, de información sobre los riesgos importantes para la salud pública. Además de respaldar las políticas sobre el intercambio pronto de datos, la OMS también debería comprometerse a desarrollar la capacidad tecnológica y lingüística de los países de ingresos bajos y medianos para compartir investigaciones preliminares.

A los Estados Partes

11.2 Deberían cumplir con todos los requisitos del RSI relativos a la notificación, verificación y comunicación continua necesarias tras la detección de una potencial amenaza para la salud pública, a fin de respaldar la capacidad de la OMS para compartir información.

A la Secretaría de la OMS y a los Estados Partes

11.3 Deberían considerar la posibilidad de utilizar el Marco de PIP o acuerdos similares ya existentes como modelo para crear nuevos acuerdos con respecto a otros agentes infecciosos que hayan causado o pudieran ser causa de ESPII. Dichos acuerdos deberían basarse en el principio de compensar el intercambio de muestras y datos con la compartición de beneficios en pie de igualdad.

Recomendación 12: Reforzar la capacidad de la OMS y las alianzas para aplicar el RSI y responder a las emergencias sanitarias**Consideraciones del Comité de Examen:**

176. Cuando se produjo la epidemia de ebola, la capacidad de aplicación del RSI era insuficiente en los tres niveles de la OMS. Los retos planteados durante la epidemia de ebola y la respuesta que se le dio estuvieron relacionados con la erosión de los recursos humanos y financieros de la Secretaría de la OMS en la sede, la oficina regional y las oficinas en los países. Esta pérdida de recursos tuvo gran impacto en la capacidad de la Secretaría para proceder a la evaluación y la gestión de los riesgos. El Comité de Examen considera alentadoras las posteriores reformas de las estructuras de la OMS que están siendo puestas en práctica por la Directora General.

177. La respuesta mundial a la epidemia de ebola se caracterizó por una falta de coordinación entre la OMS, principal organismo de salud pública de las Naciones Unidas, y los organismos humanitarios de las Naciones Unidas, como la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios. Esto se debió en parte

¹ Developing global norms for sharing data and results during public health emergencies. Statement arising from a WHO Consultation held on 1-2 September 2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;2015 (http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/blueprint_phe_data-share-results/en/, consultado el 15 de marzo de 2016).

a una insuficiente coordinación de la planificación para las emergencias en el conjunto de las Naciones Unidas, pero también a que la crisis se definió como una emergencia de salud pública, más que como una crisis humanitaria. En el punto álgido de la crisis del ebola, algunos gobiernos de África occidental se sintieron frustrados por los retos que suponía el intento de coordinar a todos los agentes que ofrecían ayuda económica y técnica, pero parece que la OMS también fue incapaz de desempeñar adecuadamente su función de coordinación en estos casos, y en particular de coordinarse con los organismos humanitarios y de las Naciones Unidas pertinentes. El resultado fue que a veces las medidas de apoyo se duplicaron o se alejaron de otras respuestas sobre el terreno. En particular, las medidas no contaron con las aportaciones de otros agentes clave, como los interesados de la comunidad o de los sectores de la agricultura, la seguridad alimentaria, las migraciones y los desplazamientos humanos.

178. No se han reconocido suficientemente las contribuciones de agentes clave ajenos al sector de la salud pública en la respuesta al ebola, pese a que podrían ser asociados útiles para la OMS en respuestas futuras. El Comité de Examen observó que el papel del sector comercial privado no recibió suficiente reconocimiento durante la epidemia de ebola, aunque hizo contribuciones útiles a la respuesta. Además, el personal médico militar tuvo un papel importante en la respuesta sanitaria, y en brotes futuros habría que tenerlo en cuenta.

Recomendaciones del Comité de Examen:

La capacidad de la OMS para aplicar el RSI debería reforzarse mediante una reforma de la Secretaría, el fortalecimiento de las alianzas y un aumento significativo del apoyo financiero por los Estados Partes y otros interesados clave.

A la Secretaría de la OMS

12.1 El Director General de la OMS debería situar la aplicación del RSI como una de las máximas prioridades de la Secretaría, y darle visibilidad.

12.2 Se debería instituir una estructura de respuesta a las emergencias con distintos niveles y fuertes vínculos con asociados internos y externos, y que tuviera estructuras y procesos documentados y claros con respecto al mando y al control, a la rendición de cuentas y al liderazgo. Un programa así para reforzar y agilizar la respuesta de la OMS a las emergencias y al RSI debería ser una prioridad continua, y habría que asignar recursos suficientes para garantizar el éxito rápido de ese nuevo programa, que debería encontrar un equilibrio entre las ventajas de un programa fuerte, decisivo, con rendición de cuentas y múltiples niveles, y los puntos fuertes de las relaciones de trabajo establecidas que tienen los Estados Partes con las oficinas regionales y en los países. Habría que rendir cuentas de estas reformas mediante la presentación de informes periódicos al Consejo Ejecutivo de la OMS y a la Asamblea de la Salud.

12.3 Se debería llevar a cabo un examen de las estructuras de la OMS en las regiones y los países para aplicar el RSI. Dicho examen debería tener en cuenta una dotación de personal y una financiación adecuadas en las oficinas regionales y en los países de las regiones más vulnerables.

12.4 La OMS debería reforzar su alianza con la GOARN y mejorar sus alianzas con las OSC e interesados clave del sector privado a fin de mejorar la capacidad de la Organización en materia de vigilancia y de evaluación y comunicación de los riesgos, pero también para beneficiarse de la acción y la asistencia de dichas organizaciones en las situaciones de emergencia.

12.5 Cuando todavía no los haya, la OMS debería establecer acuerdos pertinentes para la aplicación del RSI con los organismos clave de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales (véase la

recomendación 7.5). La OMS debería establecer o reforzar sus vínculos con los organismos clave de las Naciones Unidas presentes en el IASC.

12.6 La OMS debería colaborar con los Estados Partes y llevar a cabo ejercicios de simulación conjuntos con las ONG y las organizaciones humanitarias.

12.7 La OMS debería colaborar con la OMC y otros organismos pertinentes, como la OACI, la Organización Marítima Internacional, la OIE, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Internacional del Trabajo, según proceda, para elaborar un modelo prototípico para las recomendaciones permanentes. El modelo debería ponerse a prueba mediante la elaboración de un pequeño número de ejemplos, como pueden ser algunos aspectos de las enfermedades transmitidas por los alimentos o los certificados de vacunación contra la fiebre amarilla. Tras este proceso, el modelo tendría que ser examinado y revisado, según proceda, y se debería considerar la formulación de más recomendaciones permanentes.

12.8 La OMS debería alentar el reconocimiento de esas recomendaciones permanentes en los procedimientos de solución de controversias previstos en los acuerdos de la OMC, y mediante un acuerdo interorganismos entre la OMC y la OMS.

12.9 La OMS debería proporcionar a los Estados Partes sistemas informáticos y/o dar acceso, según proceda, a los sistemas informáticos de la Organización, para ayudarlos a llevar a cabo sus funciones de obtención de información sobre salud pública y de gestión de eventos, así como para fomentar la creación de capacidad nacional en materia de evaluación de riesgos y facilitar la comunicación de riesgos a la OMS.

12.10 La OMS, a través de un órgano como la Sección de Coordinación Civil-Militar de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios o el Comité Internacional de Medicina Militar, debería tratar de encontrar personal médico militar que, con el acuerdo del país de destino, pudiera ser enviado prestar atención médica a los profesionales sanitarios civiles en caso de brote epidémico grave de una enfermedad infecciosa. Esos equipos médicos militares deberían estar disponibles en todas las regiones de la OMS y, si fuera necesario, se debería buscar ayuda externa para facilitar su capacitación. Esta labor debería vincularse a la actividad de la OMS en relación con el Cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias.

12.11 El Grupo Especial encargado de examinar cómo mantener los viajes aéreos durante futuros brotes debería examinar lo importantes que son para los aeropuertos los procesos y procedimientos que permitieron que grandes entidades comerciales mantuvieran con éxito sus operaciones durante la epidemia de ebola.

12.12 La OMS debería velar por que las enseñanzas sanitarias de las organizaciones comerciales que siguieron actuando con éxito durante el brote de ebola, no reflejadas en ninguno de los principales informes sobre el ebola, sean tenidas en cuenta y difundidas.

A los Estados Partes

12.13 Deberían velar por que se examine cómo podrían las entidades comerciales contribuir tanto a la vigilancia como a la gestión de los eventos de salud pública, en particular los brotes de enfermedades infecciosas.

A los Estados Partes y a los asociados internacionales para el desarrollo

12.14 Deberían garantizar una financiación suficiente y sostenible de estos procesos de reforma.

Apéndice I

NOMBRE Y AFILIACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE EXAMEN¹

Dr. Preben Aavitsland, Médico Jefe del Municipio de Arendal (Noruega)

Dr. Salah T. Al Awaidy, Asesor para Enfermedades Transmisibles, Asuntos Sanitarios, Ministerio de Salud, Muscat (Omán)

Dr. Hanan Balkhy, Director Ejecutivo del Departamento de Prevención y Control de Infecciones, Ministerio de la Guardia Nacional, Universidad de Ciencias de la Salud Rey Saud bin Abdulaziz, Riad (Arabia Saudita)

Dra. Marion Bullock DuCasse, Directora General de Salud (Jamaica)

Profesora Rupa Chanda, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Instituto Indio de Gestión de Bangalore, Bangalore (India)

Dr. Supamit Chunsuttiwat, Funcionario Médico Superior, Departamento de Control de Enfermedades, Ministerio de Salud Pública, Nonthaburi (Tailandia)

Profesor Thomas Cottier, Profesor Emérito de Derecho Económico Europeo e Internacional, Universidad de Berna, e Investigador Principal y Exdirector Administrativo del Instituto Mundial de Comercio

Sr. Andrew Forsyth, Jefe de Equipo, Legislación y Política de Salud Pública, Ministerio de Salud (Nueva Zelanda)

Profesor Didier Houssin, Presidente de la Agencia Francesa de Salud y Seguridad Alimentaria, Medioambiental y Laboral, París (Francia)

Sr. John Lavery, Director Ejecutivo de Gestión de Emergencias Sanitarias, Columbia Británica, Vancouver (Canadá)

Teniente General Louis Lillywhite, Consultor Principal de Investigación, Centro para la Seguridad Sanitaria Mundial, Real Instituto de Asuntos Internacionales (Chatham House), Londres (Reino Unido)

Dr. Brian McCloskey, Director de Salud Mundial, Public Health England, Londres (Reino Unido)

Profesor Babacar Ndoye, Consultor y formador en higiene hospitalaria, control de infecciones y seguridad del paciente, Dakar (Senegal)

Profesora Helen Rees, Directora Ejecutiva del Instituto Wits de Salud Reproductiva y VIH, Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo (Sudáfrica)

Profesor Samba O. Sow, Director General del Centro de Desarrollo de Vacunas, Ministerio de Salud (Malí)

Sra. Karen Tan, Directora, Ministerio de Comunicación e Información (Singapur)

¹ Las biografías completas de los miembros de Comité de Examen y sus declaraciones de intereses están disponibles en <http://www.who.int/ihr/review-committee-2016/member-list/en/>.

Apéndice II

MÉTODOS DE TRABAJO PORMENORIZADOS

Nombramiento del Comité de Examen

1. La Directora General nombró para el Comité de Examen a 16 miembros seleccionados a partir de la Lista de Expertos del RSI. De conformidad con el artículo 50 del RSI y el Reglamento de los cuadros y comités de expertos que figura en la publicación Documentos Básicos de la OMS, los miembros fueron nombrados siguiendo los principios de representación geográfica equitativa, paridad entre los sexos, representación equilibrada de desarrollo y países desarrollados, representación de opiniones científicas diversas, experiencia en las distintas partes del mundo y el debido equilibrio entre las diversas disciplinas. La lista de miembros figura en el apéndice I.

2. El Comité de Examen eligió al Profesor Didier Houssin como Presidente, a la Dra. Karen Tan como Vicepresidenta y a la Profesora Helen Rees como Relatora.

Reuniones

3. El Comité de Examen celebró seis reuniones en la sede de la OMS en Ginebra: el 24-25 de agosto de 2015; el 5-9 de octubre del 2015; el 9-13 de noviembre de 2015; el 9-11 de diciembre de 2015; el 10-12 de febrero de 2016 y el 21-24 de marzo de 2016.

4. Se invitó a representantes de los Estados Partes, de las Naciones Unidas y sus organismos especializados, de otras OIG y de ONG que mantienen relaciones oficiales con la OMS a que participaran en sesiones abiertas durante las reuniones de agosto de 2015 y marzo de 2016. Las sesiones del primer día de las reuniones de agosto de 2015 y marzo de 2016 también se emitieron en directo en el sitio web de la OMS. Durante las reuniones entre sesiones de octubre, noviembre y diciembre se celebraron sesiones abiertas para los representantes de las mencionadas entidades mediante su emisión por la web. En cada sesión se invitó a los participantes a que hicieran declaraciones y preguntas, y presentarían memorandos por escrito.

5. Se mantuvieron múltiples consultas entre el Comité y la Secretaría mediante conferencias telefónicas y correo electrónico.

Recopilación de información

6. El Comité de Examen entrevistó y/o recibió aportaciones por escrito de cerca de 90 informadores, entre los que había representantes de Estados Partes, OIG, ONG, organismos de las Naciones Unidas, industria, instituciones de salud pública, universidades y sector privado. El Comité examinó documentos e informes esenciales, y en particular las conclusiones de otras evaluaciones independientes de la respuesta mundial al ebola publicadas en 2015-2016. A petición del Comité, la OMS encargó informes especializados a expertos técnicos externos en derecho comercial internacional y estructuras de apoyo al RSI.

7. El Comité buscó activamente aportaciones de los Estados Partes y otras entidades. Para ello se contactó por correo electrónico con las Misiones Permanentes ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y otras Organizaciones Internacionales con sede en Suiza y se les pidió que dieran su opinión sobre cómo mejorar la observancia del RSI y cómo crear un entorno propicio a su aplicación eficaz en todos los países, prestando especial atención a las capacidades básicas.

8. Durante sus deliberaciones el Comité de Examen entrevistó a Subdirectores Generales, directores de programas, funcionarios técnicos y otros funcionarios de la OMS, y a representantes de las oficinas regionales y las oficinas de la Organización en los países. Aun actuando de forma independiente, el Comité buscó información y solicitó la redacción de documentos técnicos a la secretaría del Comité de Examen del RSI en la OMS. Asimismo, el Comité solicitó aclaraciones sobre cuestiones planteadas durante los periodos de recopilación de información y redacción de informes. Los funcionarios de la OMS respondieron por escrito a las cuestiones planteadas por el Comité y hablaron de forma oficiosa y abierta con sus miembros.

9. El Presidente y otro miembro del Comité de Examen visitaron la Oficina Regional de la OMS para África del 3 al 4 de marzo de 2016. Se reunieron con el Director Regional, los directores de los grupos orgánicos y otras personas para facilitar la formulación de recomendaciones adecuadas sobre cómo reforzar la preparación y la respuesta ante los brotes epidémicos y las emergencias en la Secretaría de la OMS.

Evaluación y formulación de las recomendaciones

10. El Comité de Examen empezó su labor con un análisis minucioso del RSI (2005). Se asignaron partes específicas y los correspondientes anexos a tres subcomités técnicos que identificaron los problemas/temas pertinentes y las cuestiones que necesitaban consultas más amplias; los planteamientos y opciones para mejorar, y la información, análisis y organizaciones o personas cuyas aportaciones pudieran servir al examen y a la ulterior formulación de recomendaciones prácticas y factibles.

11. Los dos primeros objetivos del mandato del Comité consistieron en evaluar la aplicación del RSI en relación con el brote de ebola y las consecuencias que, en este contexto, se pueden haber derivado de la no aplicación de recomendaciones del anterior Comité de Examen de 2011. Teniendo en cuenta el amplio alcance de las recomendaciones que podía formular —el tercer objetivo de su mandato— el Comité de Examen optó por realizar una evaluación amplia de la aplicación del RSI. Aunque se consideró que el contexto de la epidemia de ebola era una prioridad, el Comité también examinó otros contextos pertinentes relacionados con el MERS, la erradicación de la poliomielitis y los virus gripales con potencial pandémico.

12. Los análisis de los tres subcomités técnicos permitieron identificar diez retos principales en relación con la aplicación del RSI: los CNE, la notificación y el intercambio de datos; la ESPII; las recomendaciones de la OMS; la cooperación y la comunicación en los Estados Partes y entre ellos, y los enfoques regionales; la cooperación con las OIG y los asociados (por ejemplo, las ONG y el comercio); la priorización, la creación y el monitoreo y evaluación de las capacidades básicas de los Estados Partes; la preparación y la respuesta de salud pública ante todos los peligros (incluido el mantenimiento del tráfico aéreo); las medidas sanitarias adicionales implantadas por los Estados Partes, y la observancia y la rendición de cuentas a través de la transparencia y la notificación. La identificación, reconocimiento y apoyo a la aplicación del RSI como prioridad de la seguridad mundial en materia de salud pública se consideró un undécimo reto de carácter global. El Comité también reconoció la necesidad de una comunicación concertada para lograr una aplicación más eficaz del RSI y de hacer hincapié en la urgencia de que se garantice la aplicación.

13. El Comité analizó los once retos con base en los puntos fuertes y débiles, las oportunidades y las amenazas, e identificó los factores que estimulan o inhiben la aplicación exitosa del RSI, así como los resultados deseables y las propuestas de recomendaciones. Tras un análisis estratégico de cada propuesta de recomendación, se formularon recomendaciones preliminares que posteriormente se perfeccionaron.

14. Para formular sus recomendaciones, el Comité de Examen también analizó las conclusiones de otras evaluaciones independientes de la respuesta mundial al ebola y examinó iniciativas en curso para mejorar la seguridad sanitaria mundial.

Examen de las recomendaciones

15. El Consejo Ejecutivo de la OMS fue informado de los progresos de los trabajos del Comité en enero de 2016. Las propuestas de recomendaciones del Comité fueron presentadas a los Estados Partes antes de la sesión abierta celebrada durante la reunión de marzo de 2016. Las aportaciones recibidas se utilizaron en el informe final del Comité de Examen presentado a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud en marzo de 2016.

Apéndice III

RESPUESTAS DEL COMITÉ DE EXAMEN DEL RSI A LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE EXPERTOS PARA LA EVALUACIÓN INTERINA DEL EBOLA Y DEL GRUPO DE ALTO NIVEL DEL SECRETARIO GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA RESPUESTA MUNDIAL A LAS CRISIS SANITARIAS**Respuestas al Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola**

El Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola presentó a la consideración del Comité de Examen cuatro recomendaciones y una petición, a las que el Comité responde a continuación.

***Recomendación del Grupo de expertos:** El Comité de Examen sobre el papel del RSI en el brote de ebola debería examinar incentivos que alentarán a los países a notificar a la OMS los riesgos para la salud pública. Entre ellos se podrían incluir mecanismos de financiación innovadores, tales como un seguro para mitigar los efectos económicos adversos (recomendación 3 del Grupo de expertos).*

Respuesta del Comité de Examen: La comunicación de los riesgos para la salud pública que cumplen los criterios de notificación es una obligación prevista en el RSI. La notificación puede generar beneficios para los países. La OMS puede ser consultada, asesorar y prestar apoyo a la respuesta de emergencia cuando sea necesario. El Fondo OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias permitirá a la Organización desplegar recursos humanos de reserva para coordinar los equipos médicos de emergencia, establecer sistemas basados en las tecnologías de la información, colmar lagunas en materia de comunicación de riesgos y adquirir y distribuir suministros médicos.¹ Los expertos de la OMS, junto con el Cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias, los asociados en la GOARN y otros expertos y organizaciones internacionales pueden proporcionar conocimientos técnicos especializados en materia de diagnóstico de laboratorio, atención a los casos, logística, control de infecciones, epidemiología y coordinación. La notificación también puede dar acceso al PEF del Banco Mundial, que proporciona financiación a los países y a participantes internacionales en las actividades de respuesta que estén acreditados y hayan sido aprobados de antemano para ayudar a evitar que brotes graves se conviertan en pandemias más mortíferas y costosas.² Aunque el PEF no cubre las pérdidas económicas derivadas de los brotes epidémicos, sí financia los costos de las actividades de respuesta de los países a esos brotes.

Una póliza de seguro que pague a los países por comunicar los riesgos plantea muchas cuestiones que habría que resolver. ¿Quién pagaría las primas? ¿Habría una póliza para todos los países? ¿Qué sucedería si diferentes países quisieran diferentes tipos de cobertura? ¿Cuándo se efectuarían las indemnizaciones? Si las indemnizaciones estuvieran supeditadas a una declaración de ESPII, ¿supondría eso una presión para declarar ESPII con más frecuencia? ¿Cómo se determinaría el monto de las indemnizaciones?

El Comité de examen considera que el RSI constituye en sí mismo la mejor póliza de seguros.

¹ Véase http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/Contingency-Fund-Emergencies.pdf?ua=1.

² Véase <http://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/pandemic-emergency-facility-frequently-asked-questions>.

Recomendación del Grupo de expertos: *El Comité de Examen sobre el papel del RSI en el brote de ebola debería examinar mecanismos desincentivadores que disuadan a los países de adoptar medidas que interfieran con el tráfico y el comercio y vayan más allá de las recomendadas por la OMS (recomendación 4 del Grupo de expertos).*

Debe reforzarse la capacidad de la Secretaría para pedir justificación de estas medidas, según lo previsto en el Reglamento, y el Grupo de expertos recomienda que el Comité de Examen sobre el papel del RSI en el brote de ebola y el Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias lo hagan posible.

El Grupo de expertos pide que el pleno del Comité de Examen sobre el papel del RSI en el brote de ebola examine las posibilidades de sancionar las medidas inapropiadas y no justificadas por el Reglamento; existen precedentes en las prácticas internacionales, como las de la OMC (por ejemplo, en asuntos comerciales relacionados con obstáculos no arancelarios). Cuando el comportamiento de un Estado Miembro ponga en peligro la respuesta a una crisis, por ejemplo, imposibilitando que los profesionales sanitarios lleguen a los países afectados, debería haber un procedimiento para llevar el asunto al Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Este debería ser un tema prioritario para el Comité de Examen sobre el papel del RSI en el brote de ebola y el Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias.

Respuesta del Comité de Examen:

1) Examinar mecanismos desincentivadores que disuadan a los países de adoptar medidas que interfieran con el tráfico y el comercio y vayan más allá de las recomendadas por la OMS – El artículo 43 del RSI autoriza a los Estados Partes a aplicar medidas adicionales en su respuesta a las amenazas para la salud pública, pero al hacerlo deben cumplir varios requisitos procedimentales si las medidas retrasan el tráfico internacional más de 24 horas: informar a la OMS de la aplicación de esas medidas, justificarlas desde el punto de vista de la salud pública, revisarlas periódicamente y reconsiderarlas en caso de que así lo pida la OMS. Pese a estos requisitos, durante la epidemia de ebola la Secretaría registró unas 40 medidas diferentes que consideró que constituían una interferencia significativa con el tráfico y el comercio internacionales y no cumplían uno o más de los requisitos procedimentales. Algunas de esas medidas fueron aplicadas por el sector privado, que no es parte en el RSI, y, aunque perturbadoras, se puede decir que eran decisiones comerciales, más que medidas de respuesta. No obstante, muchas medidas perturbadoras fueron aplicadas por los Estados Partes. Dado que el RSI no contempla sanciones y que el Comité no recomienda modificar el Reglamento, considera que la mejor forma de desalentar medidas de respuesta innecesariamente perturbadoras consiste en disponer su divulgación pública. En resumen, se trata de aumentar la rendición de cuentas a través de una mayor transparencia.

2) Reforzar la capacidad de la Secretaría para pedir justificación de las restricciones a los viajes y al comercio, según lo previsto en el Reglamento – El Comité respalda a la Secretaría en la realización de un seguimiento de los Estados Partes que no cumplen sus obligaciones relativas a los requisitos procedimentales que estipula el artículo 43 con respecto a las medidas adicionales, y en particular de los Estados Miembros que no presenten razones de salud pública o cuyas razones sean inadecuadas. El Comité también alienta a la Secretaría a que pida activamente a los Estados Partes que reconsideren toda medida adicional que hayan aplicado sin aportar razones de salud pública o cuyas razones sean inadecuadas.

El Comité observa que, tras la recomendación hecha por el Comité de Examen del RSI de 2011 (que entre otras cosas consideró inapropiadas las restricciones a los viajes y al comercio impuestas por algunos países en respuesta a la pandemia por virus de la gripe A(H1N1) 2009, durante la epidemia de

ebola la OMS publicó información en el SIE (un sitio seguro accesible a todos los CNE) sobre la naturaleza de las medidas adicionales, los países que las aplicaron y las fechas en que la Secretaría solicitó razones de salud pública que las justificaran y/o pidió que se reconsideraran. El Comité de Examen acoge con agrado este aumento de la transparencia, recomienda que se mantenga esta práctica y se avance en ella (véase la recomendación 7 del Comité de Examen del RSI).

3) Examinar las posibilidades de sancionar las medidas inapropiadas y no justificadas por el Reglamento – Por voluntad de los Estados Miembros de la OMS durante las negociaciones celebradas en 2004 y 2005, el RSI (2005), al igual que el RSI (1969), no contempla sanciones en caso de incumplimiento. En términos generales, los valores sobre los que se basan los foros internacionales de salud pública son la cooperación y la colaboración, no la sanción. El Comité examinó potenciales vinculaciones con los diversos acuerdos de la OMC y recomendó a la OMS que explore la posibilidad de formular recomendaciones permanentes (en virtud del artículo 16), con miras a que tengan el estatus de normas en los acuerdos de la OMC (véase la recomendación 12 del Comité de Examen del RSI). Esto ayudaría al marco de la OMC a tener más en cuenta los asuntos de salud pública.

Cuando dos o más Estados Partes discrepen acerca de la pertinencia de medidas aplicadas en respuesta a un evento de salud pública, el principal mecanismo de resolución previsto por el RSI es la consulta y el diálogo, como establecen los artículos 43 y 56. Según informó al Comité, la Secretaría no tiene conocimiento de que el proceso de solución de controversias establecido en el artículo 56 se haya invocado nunca oficialmente, pero los Estados Partes tienen abierta esa posibilidad cuando, por ejemplo, acuerden que la solución de una controversia se someta al Director General o a arbitraje.

4) Proponer un procedimiento para llevar estos asuntos al Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas – La Secretaría de la OMS debería mantener la práctica de publicar en el SIE información actual sobre los países que aplican medidas adicionales con justificación insuficiente desde el punto de vista de la salud pública. El Comité de Examen ha recomendado (véase la recomendación 7 del Comité de Examen del RSI) que, cuando esas medidas hayan tenido repercusiones negativas inadmisibles en uno o más Estados Partes, el Director General publique información sobre ellas y el país que las ha aplicado en el sitio web público de la OMS y presente el asunto a la atención del siguiente Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud.

Recomendación del Grupo de expertos: El Comité de Examen sobre el papel del RSI en el brote de ebola debería considerar la posibilidad de que se establezca un nivel intermedio que alerte e involucre a la comunidad internacional en general en una fase más temprana de las crisis sanitarias. En la actualidad solo es posible declarar una ESPII plena (recomendación 5 del Grupo de expertos). Además, otra cuestión que hay que abordar es la falta de conocimiento de la comunidad mundial y de los medios de comunicación sobre el significado de la declaración de una ESPII.

Respuesta del Comité de Examen: El Comité coincide en la necesidad de un nuevo nivel de alerta por debajo de la ESPII y en que no hay una comprensión universal del significado de la declaración de una ESPII. Para resolver estos problemas, el Comité de Examen ha propuesto varios cambios, entre ellos la creación de un nivel de alerta intermedio (véase la recomendación 6 del Comité de Examen del RSI).

Recomendación del Grupo de expertos: El Comité de Examen sobre el papel del RSI en el brote de ebola debería determinar el marco temporal para la toma rápida de decisiones. El mantenimiento de una lista actualizada y aprobada de antemano de posibles expertos podría contribuir a evitar retrasos en la convocatoria del Comité de Emergencias (Informe del Grupo de expertos, párrafo 24).

Respuesta del Comité de Examen: El Comité coincide en que la demora en la toma de decisiones sobre la clasificación de los eventos debería ser mínima, y cree que los procedimientos transparentes propuestos para la evaluación de los riesgos (véase la recomendación 6 del Comité de Examen del RSI) minimizará los retrasos innecesarios. La OMS ha establecido con anterioridad una Lista de Expertos del RSI aprobada de antemano a la que recurrir para constituir Comités de Emergencias. El Comité de Examen ha recomendado también (véase la recomendación 12 del Comité de Examen del RSI) que la OMS refuerce su alianza con la GOARN, una alianza técnica mundial de expertos de diferentes disciplinas coordinada por la OMS.

Petición del Grupo de expertos: El Comité de Examen sobre el papel del RSI en el brote de ebola y el Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias deben explorar los casos en los que Estados frágiles no tengan la capacidad ni la voluntad de encarar brotes que supongan riesgos para el resto del mundo; en tales casos podrían estar justificadas medidas vinculantes (recomendación 9).

Respuesta del Comité de Examen: El Comité de Examen ha pedido que se preste apoyo a los países afectados por conflictos ('zonas anárquicas') y a los Estados frágiles (véase la recomendación 9 del Comité de Examen del RSI). En esos contextos, el Comité supone que la OMS verificaría, en la medida de lo posible, si se han producido brotes y realizaría una evaluación del riesgo, y en particular del potencial de propagación mundial. El Comité supone que la OMS señalaría los riesgos importantes a la atención del Secretario General de las Naciones Unidas para que fueran examinados por el Consejo de Seguridad. Otros Estados Partes, en particular los fronterizos con el Estado que no responda o la zona anárquica, también podrían señalar el problema a la atención del Secretario General. El uso de vías políticas y diplomáticas podría ayudar a conseguir la cooperación del Estado que no responda o de las partes beligerantes. Las medidas ulteriores dependerían del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

Respuestas al Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias

Recomendación 1

«Para 2020, los Estados Partes en RSI, con la cooperación internacional apropiada, cumplirán plenamente los requisitos del Reglamento con respecto a las capacidades básicas.»

Las opiniones del Comité de Examen acerca del marco temporal de la aplicación plena del RSI se describen en sus recomendaciones 2 y 5.

Recomendación 23

En la recomendación 23 del Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas se pedía que el Comité de Examen del RSI «considerara la creación de mecanismos para abordar con rapidez las medidas unilaterales adoptadas por los Estados u otras entidades que contravengan las recomendaciones temporales establecidas por la OMS como parte de una declaración de ESPIL. Esas medidas pueden tener un grave impacto económico en los países afectados por brotes de enfermedades infecciosas y reducen los incentivos para que los países notifiquen brotes de conformidad con lo estipulado en el RSI, dado que se preguntarán «por qué habríamos de cumplir si uno de los posibles efectos es que otros impongan restricciones injustificadas al tráfico y al comercio internacionales que vayan más allá de las recomendaciones temporales». El Comité de Examen ha abordado esta cuestión en su recomendación 7.

Recomendación 24

El Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas dice «La OMC y la OMS deberían convocar una Comisión de Expertos mixta y oficiosa para estudiar posibles medidas destinadas a reforzar la coherencia entre el RSI y los marcos jurídicos de la OMC con respecto a las restricciones al comercio impuestas por motivos de salud pública.» El Comité de Examen ha abordado estas cuestiones en sus recomendaciones 7 y 12.

Recomendación 26

En su recomendación 26, el Grupo de Alto Nivel propone la formación de un «Consejo de alto nivel sobre crisis mundiales de salud pública que garantice que el mundo esté preparado y capacitado para responder a dichas crisis.» El Grupo de Alto Nivel confina el mandato de ese Consejo a cuestiones políticas, no sanitarias. Sin embargo, el Comité de Examen del RSI considera que, a pesar de que es importante que se ejerza presión sobre los Estados cuando no cumplan lo dispuesto en el RSI, esta recomendación corre el riesgo de crear confusión o de socavar la autoridad de la OMS. Por consiguiente, el Comité de Examen no respalda la constitución del mencionado Consejo.

Tras examinar la recomendación del Grupo de Alto Nivel, el Comité de Examen recomienda que el Secretario General de las Naciones Unidas y el Director General de la OMS celebren consultas antes de tomar cualquier decisión sobre la aplicación de esta recomendación.

Además, habría que determinar la relación entre el Consejo propuesto y la Asamblea de la Salud. El RSI es un instrumento jurídico internacional, no un instrumento técnico sanitario, y las cuestiones relacionadas con su aplicación o modificación son de la competencia de la Asamblea de la Salud. La recomendación del Grupo de Alto Nivel con respecto a dicho Consejo parece subvertir algunas de las responsabilidades de la Asamblea de la Salud.

Apéndice IV

**PROYECTO DE MANDATO Y MÉTODO DE TRABAJO DEL COMITÉ
CONSULTIVO PERMANENTE PROPUESTO****Mandato**

- La finalidad principal del CCP es proporcionar asesoramiento especializado independiente al Director General y a la Secretaría de la OMS en la sede sobre la evaluación y la comunicación de riesgos en relación con eventos que constituyan potenciales riesgos para la salud pública internacional.
- El CCP examinará los eventos que la Secretaría determine que constituyan un riesgo importante para la salud pública y asesorará sobre si el evento justifica un nivel de alerta intermedio (es decir, una AISP). Asimismo, el CCP podrá proponer el examen de eventos.
- El CCP no tiene funciones ejecutivas, de aplicación ni de supervisión.
- Además de examinar los eventos seleccionados por la Secretaría como portadores de un riesgo importante para la salud pública, al CCP también se le podrá pedir que responda a solicitudes urgentes de asesoramiento por parte de la Secretaría.
- El CCP velará por que su método de trabajo sea transparente. Para ello, en la semana siguiente a cada reunión publicará, por conducto de la Oficina del Director General, un informe en el que se describirán las recomendaciones fundamentales basadas en una serie de criterios y métodos de trabajo definidos.
- El CCP podrá establecer grupos de trabajo que se centren en aspectos específicos de la aplicación del RSI.

Método de trabajo

- Los miembros del CCP podrían seleccionados de la Lista de Expertos del RSI, y deberían representar a todas las regiones y a ambos sexos, además de poseer una serie de conocimientos pertinentes.
- Con la aprobación de la Secretaría de la OMS, el CCP podría cooptar a otros asesores procedentes de algunas entidades mundiales pertinentes y/o de los Estados Partes afectados.
- Los miembros del CCP deberían tener un mandato de 3 años, renovable una vez más.
- El CCP debería celebrar anualmente un pequeño número de reuniones presenciales programadas.
- El CCP estará disponible para consultas urgentes, telefónicas o presenciales, según proceda.

El CCP debería adoptar sus decisiones por consenso, excepto en caso de que sea necesaria una votación para resolver desacuerdos.

Apéndice V

ABREVIACIONES

AFRO	Oficina Regional de la OMS para África
AISP	Alerta Internacional de Salud Pública
ASSM	Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial
CCP	Comité Consultivo Permanente
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CNE	Centro Nacional de Enlace para el RSI
EMRO	Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental
ESPII	Emergencia de salud pública de importancia internacional
EVE	Enfermedad por el virus del Ebola
GOARN	Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos
IASC	Comité Permanente entre Organismos
IEEC	Instrumento de evaluación externa conjunta
I+D	Investigación y desarrollo
MERS	Síndrome respiratorio de Oriente Medio
MRE	Marco OMS de Respuesta a las Emergencias
MSF	<i>Médecins sans Frontières</i>
OACI	Organización de Aviación Civil Internacional
OIE	Office international des Épizooties/Organización Mundial de Sanidad Animal
OIG	Organizaciones intergubernamentales
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PEF	Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia
PIP	Preparación para una gripe pandémica
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SIE	Sitio de Información sobre Eventos
SRAS	Síndrome respiratorio agudo severo

= = =