Organización Mundial de la Salud

69.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
Punto 14.1 del orden del día provisional

A69/20
18 de mayo de 2016

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Informe de la Directora General

1. Con arreglo al párrafo 1 del artículo 54 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y a la resolución WHA61.2 (2008), los Estados Partes y la Directora General informan anualmente a la Asamblea de la Salud acerca de la aplicación del Reglamento. En su 138.ª reunión, en enero de 2016, el Consejo Ejecutivo examinó una versión anterior del presente informe.[1] El documento ha sido objeto de una amplia revisión y tiene cambios que reflejan los datos más recientes. En él se informa de la labor que en el marco del Reglamento llevó a cabo la Secretaría en relación con la respuesta internacional a los eventos y emergencias de salud pública de 2015 y de lo que va de 2016, en particular la enfermedad por el virus del Ebola, el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), la poliomielitis, la gripe aviar y la infección por el virus de Zika y la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré asociados a ella. También se ofrece información acerca 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 y de la primera modificación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), tocante a la vacunación contra la fiebre amarilla. Asimismo, se describe la propuesta de cambiar la presentación de autoinformes de los países sobre las capacidades básicas que requiere el Reglamento por una evaluación más completa de las capacidades nacionales mediante evaluaciones externas, entre otras cosas.

PRINCIPALES EVENTOS Y EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA EN EL CURSO DE 2015

2. Entre el 16 de octubre de 2015 y el 15 de marzo de 2016 se registraron 167 «eventos de salud pública» en el Sistema de Gestión de Eventos de la OMS. Durante esos meses la OMS publicó en el Sitio de Información sobre Eventos, destinado a los centros nacionales de enlace para el RSI, un total de 141 comunicaciones actualizadas, incluidas las de ámbito regional y las relacionadas con reuniones de los Comités de Emergencias, relativas a 69 eventos de salud pública. La mayoría de esos mensajes guardaban relación con la enfermedad por el virus de Zika y casos de MERS o de gripe aviar en el ser humano.

[1] Documento EB138/19; véanse también las actas resumidas de la 138.ª reunión del Consejo Ejecutivo, primera sesión (sección 5) y segunda sesión (sección 1) (documento EB138/2016/REC/2).

Enfermedad por el virus del Ebola

3. Desde que en 2014 se declaró emergencia de salud pública de importancia internacional el brote de ebola en África occidental, el Comité de Emergencias del RSI que se ocupa del tema se ha reunido en nueve ocasiones. La reunión más reciente se celebró por teleconferencia el 29 de marzo de 2016. El Comité tomó nota de que, desde su anterior reunión, se habían cumplido en Guinea, Liberia y Sierra Leona los criterios que confirman la interrupción de sus cadenas originales de transmisión del virus del Ebola; los tres países han completado el periodo de observación de 42 días y el periodo adicional de 90 días de vigilancia intensificada desde que su último caso ligado a la cadena de transmisión original dio negativo dos veces. En Guinea esta meta se alcanzó el 27 de marzo de 2016. Se consideró que estos logros no se veían afectados por la notificación de pequeños conglomerados de casos asociados al resurgir del virus en un reducido número de personas que anteriormente se habían recuperado de la enfermedad. El Comité concluyó que la situación del ebola en África occidental ha dejado de constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional y que se deberían dar por terminadas las correspondientes recomendaciones temporales hechas por la Directora General. Teniendo en cuenta el parecer del Comité de Emergencias y su propia evaluación de la situación, la Directora General dio por terminadas la emergencia de salud pública de importancia internacional y las recomendaciones temporales, y respaldó el asesoramiento del Comité en materia de salud pública.[1]

4. El Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado, establecido y convocado por la Directora General en aplicación de la decisión WHA68(10) (2015), celebró su primera reunión los días 24 y 25 de agosto de 2015, reuniones entre periodos de sesiones en octubre, noviembre y diciembre de 2015 y febrero de 2016, y la reunión final del 21 al 24 de marzo de 2016. Los informes de la primera reunión y de las reuniones entre periodos de sesiones están publicados en el sitio web de la OMS.[2] El informe final del Comité ha sido remitido a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud en el documento A69/21.

Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS)

5. El coronavirus causante del MERS ha estado circulando en la Península Arábiga años después de ser identificado por primera vez. En marzo de 2016 se habían notificado a la OMS casos de infección confirmada en laboratorio procedentes de 26 países de Oriente Medio, América del Norte, Europa y Asia. Entre mayo y agosto de 2015, en la República de Corea, y en agosto de 2015, en la Arabia Saudita, se produjeron brotes hospitalarios de envergadura.

6. Desde 2013, el Comité de Emergencias del RSI en relación con el síndrome respiratorio de Oriente Medio ha celebrado 10 reuniones, la última de ellas en septiembre de 2015.[3] En esa última reunión, el Comité estimó que la situación todavía no constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional, aunque el virus seguía transmitiéndose de camellos a personas, así como de persona a persona en algunos centros de atención sanitaria. Subsisten algunos retos, tales como asegurar la notificación de los casos asintomáticos con resultados positivos en las pruebas de detección del virus, el intercambio rápido de información, la aplicación de las medidas de control de la infección y la realización de los estudios de investigación apropiados. El Comité recalcó que no existían motivos

[1] Véase http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/end-of-ebola-pheic/en/ (consultado el 22 de abril de 2016).

[2] Véase http://www.who.int/ihr/review-committee-2016/en/ (consultado el 31 de marzo de 2016).

[3] Véase http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-emergency-committee-mers/es/ (consultado el 22 de abril de 2016).

de salud pública que justificaran la imposición de restricciones al comercio o los viajes para prevenir la propagación del coronavirus causante del MERS, y que consideraba innecesaria la realización de controles sanitarios en los puntos de entrada. Sin embargo, recomendaba vivamente sensibilizar a los viajeros acerca del MERS y sus síntomas, sobre todo teniendo en cuenta que era la época del Hajj.

Poliomielitis

7. Desde la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional (el 5 mayo de 2014) hasta la fecha, el Comité de Emergencias del RSI en relación con la propagación internacional de poliovirus se ha reunido en ocho ocasiones. En febrero de 2016 el Comité consideró que la situación epidemiológica seguía constituyendo una emergencia de salud pública de importancia internacional y recomendó prorrogar la vigencia de las recomendaciones temporales en su versión revisada, prestando especial atención a los movimientos de población a gran escala y procurando lograr una mayor cobertura vacunal entre los refugiados, los viajeros y las poblaciones transfronterizas. El Comité tomó nota de que seguía habiendo propagación de poliovirus entre el Afganistán y el Pakistán y de que en otras zonas aún surgían brotes de poliovirus de origen vacunal, e instó a examinar periódicamente el riesgo de propagación internacional en las zonas de alto riesgo. La Directora General hizo suyas las conclusiones del Comité y publicó recomendaciones temporales en virtud del Reglamento.[1]

8. En su decisión WHA68(9) (2015), la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud pidió a la Directora General que informase a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud de los progresos realizados para reducir el riesgo de propagación internacional de poliovirus salvajes.[2]

Virus de Zika, microcefalia y síndrome de Guillain-Barré

9. La Directora General, de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), convocó para el 1 de febrero de 2016 la primera reunión del Comité de Emergencias en relación con el virus de Zika y los conglomerados de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos en algunas zonas afectadas por dicho virus. Teniendo en cuenta el parecer del Comité de Emergencias, la Directora General declaró que el conglomerado de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos notificados en Brasil, similar al producido en la Polinesia francesa en 2014, constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional y dio a conocer las correspondientes recomendaciones temporales. En su segunda reunión (Ginebra, 8 de marzo de 2016), tras examinar los últimos datos que muestran una relación entre la infección por el virus de Zika y la microcefalia, el Comité de Emergencias concluyó que, pese a que las pruebas a favor de una relación causal son más sólidas que en febrero de 2016, todavía es necesario seguir investigando. Esta conclusión llevó al Comité a formular orientaciones adicionales que la Directora General emitió como recomendaciones temporales.[3]

10. Del 1 de enero de 2007 al 30 de marzo de 2016, se ha documentado transmisión del virus de Zika en 61 países y territorios. A fecha de 26 de marzo de 2016, el virus se está transmitiendo de forma activa en 38 países y territorios. Seis países también han notificado infecciones adquiridas localmente en ausencia de mosquitos vectores conocidos, probablemente por transmisión sexual. Con base en estudios observacionales, de cohortes y de casos y controles, hay un consenso científico cada vez más

[1] Disponible en http://www.who.int/entity/mediacentre/news/statements/2016/8th-IHR-emergency-committee-polio/en/index.html (consultado el 22 de abril de 2016).

[2] Véase el documento A69/26.

[3] Disponible en http://www.who.int/entity/mediacentre/news/statements/2016/2nd-emergency-committee-zika/en/index.html (consultado el 22 de abril de 2016).

amplio de que el virus es una causa del aumento de los casos de síndrome de Guillain-Barré, microcefalia y otros trastornos neurológicos que se están notificando en varios países en los que está circulando. La OMS ha presentado un Marco de respuesta estratégica que abarca la vigilancia, las actividades de respuesta y la investigación,[1] y está colaborando estrechamente con las oficinas regionales y los países afectados en una respuesta integrada que incluya la vigilancia y el control de los mosquitos, el fomento de las medidas de protección personal, el apoyo a las embarazadas residentes en países afectados por el virus de Zika o de vuelta de ellos, y el tratamiento de las complicaciones relacionadas con la infección de este virus. El aumento de las inversiones es esencial para luchar contra la propagación del virus de Zika y tratar sus complicaciones. Hasta la fecha, la OMS y los asociados han determinado las necesidades financieras para el periodo que va hasta junio de 2016.

Gripe aviar por virus A(H5N1) y A(H7N9)

11. Por la propia naturaleza de los virus gripales, que están sujetos a constante evolución, subsiste la amenaza de una gripe pandémica. De momento, en 2016, las infecciones humanas por virus de la gripe aviar A(H7N9) muestran una distribución epidemiológica que parece similar a la observada en 2015. Hay virus de la gripe aviar hiperpatógenos A(H5) de varios subtipos, en particular H5N1, H5N2, H5N6, H5N8 y H5N9, que siguen circulando y propagándose en aves y causando, o teniendo el potencial para causar, infecciones esporádicas en el hombre. Del estudio virológico y epidemiológico de los virus gripales A(H5) se desprende que el grado de riesgo que entrañan no ha cambiado desde la valoración realizada en 2015.

12. La propagación continua de virus gripales A(H5) en África occidental, la epidemia de infecciones por el virus de la gripe A(H7N9) en aves de corral y el continuo intercambio genético (redistribución) de este virus con virus de la gripe A(H9N2), así como la presencia repetida de infecciones zoonóticas, ponen de manifiesto que los virus de la gripe aviar suponen una verdadera amenaza, como han demostrado los virus gripales A(H5), A(H7N9) y A(H9N2).

13. Los virus de la gripe A(H1N1) y A(H3N2), que poseen características distintas a las de los virus de la gripe estacionales que circulan en el ser humano, son enzoóticos en las poblaciones porcinas de muchas regiones del mundo y pueden infectar a las personas. Desde septiembre de 2015 se han vuelto a documentar algunas infecciones humanas por virus gripales porcinos A(H1).

14. Por medio del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe, que cubre 113 países, la OMS sigue muy de cerca la evolución y aparición de virus gripales que puedan revestir importancia desde el punto de vista de la salud pública.

AVANCES EN LA APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

Creación de capacidad

15. Desde 2010, el marco de seguimiento de las capacidades básicas requeridas por el RSI utilizaba un cuestionario de autoevaluación por los Estados Partes para informar a la Asamblea de la Salud de su situación con respecto al estado y al desarrollo del conjunto mínimo de capacidades básicas de salud pública que requiere el Reglamento Sanitario Internacional (2005). En 2015, los Estados Partes

[1] Véase http://www.who.int/emergencies/zika-virus/strategic-response-framework.pdf (consultado el 22 de abril de 2016).

siguieron enviando información a la Secretaría.[1] A 5 de abril de 2016, 126 de los 196 Estados Partes habían cumplimentado el cuestionario de autoevaluación que se les remitió en abril de 2015. El análisis de la información contenida en los informes anuales sobre las capacidades básicas prescritas en el RSI que remitieron a la Secretaría los Estados Partes pone de manifiesto que ha habido progresos en los siguientes ámbitos: instauración de leyes y políticas adecuadas para la aplicación del Reglamento; coordinación y colaboración con otros sectores para la creación de capacidad; capacidades de detección fortalecidas y operativas, acopladas a un sistema de pronta alerta; coordinación de las capacidades de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia; y mejor comunicación pública y con las partes interesadas. No obstante, el nivel actual de la capacidad es incierto en algunos países, y los esfuerzos por mantener operativas estas capacidades exigirá un refuerzo permanente de las infraestructuras, los procedimientos y los recursos humanos. Además, todavía no están implantadas las capacidades de detección y respuesta en caso de evento químico o radiológico. Los datos sobre las puntuaciones de 2015 proporcionadas por los países pueden consultarse en el sitio web de la OMS.[2]

16. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) impone la creación, consolidación y mantenimiento de una serie de capacidades básicas de vigilancia y respuesta en los puntos de entrada designados. En un principio, el plazo para dotarse de esas capacidades básicas vencía en 2012, con una posible prórroga hasta 2016. Aunque se han hecho avances al respecto, muchos países todavía no tienen establecidas estas capacidades. En 2014, el Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI recomendó a la Directora General «que [examinara] diversos métodos para la evaluación y consolidación a corto y a largo plazo de las capacidades básicas prescritas en el RSI».[3]

17. La OMS ha elaborado un nuevo marco de seguimiento y evaluación de las capacidades básicas que, además de los informes anuales, incluye exámenes posteriores a la acción, ejercicios de simulación y una evaluación (externa) independiente (véase el anexo). Inicialmente, la atención de la Secretaría se ha centrado en el desarrollo del componente de evaluación externa. En febrero de 2016 se finalizó el Instrumento de Evaluación Externa Conjunta del RSI (2005)[4] y, en colaboración con asociados y expertos, han comenzado las misiones voluntarias de evaluación externa conjunta a los países. Las experiencias preliminares han dado resultados positivos, y los asociados han manifestado su interés en apoyar este enfoque y en beneficiarse de la evaluación externa conjunta para elaborar o perfeccionar los planes de acción nacionales destinados a mejorar la preparación de los países ante las emergencias sanitarias. Se están ultimando los otros tres componentes del nuevo marco de seguimiento y evaluación del RSI, al igual que las orientaciones e instrumentos pertinentes, que se publicarán en el sitio web de la OMS. La presentación a la Asamblea de la Salud de informes con un nuevo formato está prevista para 2017; los datos correspondientes a 2016 empezarán a recopilarse a partir de junio de 2016, a reserva de la aprobación del nuevo marco de seguimiento y evaluación del RSI por la Asamblea de la Salud.

18. El 8 y el 9 de octubre de 2015, los ministros de salud de las siete naciones más industrializadas se reunieron en Berlín para hablar de temas de salud, entre ellos la enfermedad por el virus del Ebola. Su declaración final de amplio alcance llamó la atención, entre otras cosas, para el mandato central y

[1] Véase IHR Capacity Scores for all reporting States Parties for 2015, disponible en http://www.who.int/gho/ihr (consultado el 22 de abril de 2016).

[2] Véase http://www.who.int/gho/ihr/en/ (consultado el 26 de abril de 2016).

[3] Véase el documento A68/22 Add.1, párr. 43.

[4] El instrumento está disponible en http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2016_2/en/ (consultado el 1 de abril de 2016).

el resuelto liderazgo de la OMS y para el hecho de que el Reglamento Sanitario Internacional (2005), jurídicamente vinculante, es el principal instrumento internacional para ayudar a proteger a los países ante la propagación internacional de enfermedades, los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública. Los ministros respaldaron el Reglamento Sanitario Internacional (2005), pidieron expresamente a los países que colaboren entre sí para desarrollar y mantener las capacidades básicas de aplicación del Reglamento y señalaron que su pleno cumplimiento es, en última instancia, responsabilidad de cada país.[1]

19. Del 13 al 15 de julio de 2015 la OMS y el Gobierno de Sudáfrica convocaron conjuntamente en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) una reunión de alto nivel de asociados y partes interesadas sobre el tema de «La seguridad sanitaria más allá del ebola» que congregó a más de 200 participantes, entre ellos representantes de países afectados por la enfermedad del virus del Ebola. Se trataba con ese encuentro de acordar actividades prioritarias para potenciar la seguridad sanitaria y de este modo reforzar los sistemas de salud y los medios de aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Los participantes convinieron en la necesidad de actuar colectivamente en el frente de la seguridad sanitaria, a escala tanto nacional como mundial, y definieron sus expectativas respecto de los pasos necesarios en el futuro para armonizar las iniciativas multipartitas. Hubo un amplio consenso en torno a la función de la OMS como federadora de países y asociados. La Organización propuso una fórmula de colaboración entre los asociados internacionales y nacionales para reforzar y mantener duraderamente las capacidades del sistema de salud necesarias para aplicar el Reglamento. Está prevista una reunión de seguimiento en la que se examinen los logros y los retos planteados por la preparación de los países para las emergencias sanitarias, se acuerde una hoja de ruta con un enfoque multisectorial para crear capacidades prioritarias en materia de preparación de los países ante las emergencias sanitarias y se obtengan nuevos compromisos de los Estados Miembros y los asociados.

20. El Gobierno de Finlandia organizó una Reunión de alto nivel sobre el establecimiento de una alianza que se ocupe de la evaluación de los países con respecto a la seguridad sanitaria mundial y a la aplicación del RSI (Ginebra, 14 de marzo de 2016). Asistieron más de 20 países, representantes de instituciones multilaterales y donantes para proponer una alianza para la evaluación externa conjunta de las capacidades básicas que requiere el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Se propuso que la alianza disponga de una pequeña secretaría en la OMS y se establezca un grupo consultivo que apoye el proceso de evaluación de los países.

21. El Ministerio de Asuntos Sociales, Salud y Derechos de la Mujer de Francia y la Comisión Europea organizaron una Conferencia de alto nivel sobre la seguridad sanitaria mundial (Lyon, 22 y 23 de marzo de 2016). El evento fue copatrocinado por la OMS y la Comisión Europea bajo la presidencia del Consejo de la Unión Europea por los Países Bajos. El principal resultado de la Conferencia fue el compromiso de reforzar la seguridad sanitaria mundial mediante la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). La Conferencia, a la que acudieron muchas instituciones, asociados de los sectores público y privado y los sectores de la sanidad humana y animal, contribuyó a aumentar la concienciación sobre el papel del Reglamento y la necesidad de acelerar su aplicación. Los participantes reafirmaron los principios fundamentales del Reglamento: el enfoque multisectorial, la evaluación exacta de las capacidades, los aspectos fundamentales del fortalecimiento de los sistemas de salud y de los recursos humanos, y la cooperación entre países.

[1] http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister_2015/G7_Health_Ministers_Declaration_AMR_and_EBOLA.pdf (consultado el 22 de abril de 2016).

Primera modificación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): vacunación contra la fiebre amarilla

22. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) fue modificado por primera vez en 2014 a instancias de la Directora General, cuya propuesta respondía a su vez a una recomendación del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, según el cual una sola dosis de vacuna contra la fiebre amarilla basta para conferir protección vitalicia contra la enfermedad. Obrando en consecuencia, la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA67.13 (2014), y con ella la versión actualizada del anexo 7 del Reglamento, en la cual se modifica el tiempo de eficacia de la vacuna antiamarílica y por ende el periodo de validez del correspondiente certificado de vacunación, que pasa a ser válido durante toda la vida de la persona vacunada, y no solo durante 10 años.[1] Esta modificación entrará en vigor en julio de 2016.

23. Respondiendo a una petición de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, que señaló que se puede exigir vacunación antiamarílica a todo viajero que salga de una zona donde, según haya determinado la OMS, exista riesgo de transmisión de la enfermedad, la Directora General ha empezado a publicar en línea una lista actualizada de los países que aceptan que el certificado de vacunación antiamarílica tenga validez vitalicia, y ha establecido un grupo consultivo científico-técnico encargado de cartografiar geográficamente el riesgo de fiebre amarilla y de marcar pautas para la vacunación de los viajeros.[2]

OPORTUNIDADES Y ESCOLLOS EN LA APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

24. El Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado ha concluido que es primordial dar prioridad a la aplicación del Reglamento en todos los países y reforzar la capacidad de la Secretaría y las alianzas para brindar apoyo a los Estados Partes.[3] El Comité formuló 12 recomendaciones para velar por la aplicación del Reglamento sobre la base de propuestas nuevas y mejorar su cumplimiento mediante: la elaboración de un plan estratégico mundial; la financiación de la aplicación del Reglamento; la concienciación sobre el Reglamento; la introducción y promoción de la evaluación externa de las capacidades básicas; la mejora de la labor de la Secretaría en materia de evaluación y comunicación de riesgos; la mejora del cumplimiento de los requisitos relativos a las medidas adicionales y las recomendaciones temporales; el refuerzo de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI; la priorización de las medidas de apoyo para los países más vulnerables; y el refuerzo de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el marco del programa más amplio de fortalecimiento de los sistemas de salud.

Preparación y coordinación entre múltiples iniciativas para aplicar el Reglamento

25. La crisis del ebola ha llevado a la comunidad internacional a reevaluar sus prioridades mundiales y a apreciar plenamente la importancia del Reglamento como instrumento multilateral capaz de guiar a los países, a las organizaciones internacionales y a los asociados en su preparación para hacer frente a emergencias importantes de salud pública. Este renovado interés en el Reglamento como bien de salud pública mundial ha dado lugar a numerosas iniciativas nuevas destinadas a evaluar las capaci-

[1] Véase el documento WHA67/2014/REC/1, resolución WHA67.13 y anexo 5.

[2] Véase la resolución WHA68.4 (2015).

[3] Véase el documento A69/21.

dades de salud pública existentes en los sistemas de salud y a respaldar su desarrollo y fortalecimiento mediante incentivos y colaboración. A modo de ejemplo cabe citar: las iniciativas de fortalecimiento de los sistemas de salud; las medidas de preparación ante pandemias, incluido el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica; el fortalecimiento de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005); la preparación ante desastres naturales (por ejemplo, hospitales seguros); la iniciativa «Una salud»; los programas de preparación ante emergencias para los sectores del transporte y la bioseguridad; y la integración de los planes nacionales de preparación ante emergencias sanitarias y ante desastres naturales y crisis humanitarias. Estas iniciativas requieren coordinación y representan importantes oportunidades para la salud pública mundial y la Secretaría.

CONCLUSIÓN

26. El Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado ha formulado recomendaciones para mejorar el funcionamiento del Reglamento, cuya eficaz aplicación reviste ahora más importancia que nunca, teniendo en cuenta los problemas de salud pública que afronta un mundo cuyas fronteras no contienen las enfermedades ni otras amenazas para la salud pública. La seguridad sanitaria mundial sigue siendo uno de los temas básicos de la actualidad internacional. El Reglamento es indispensable para hacer realidad la seguridad sanitaria mundial y a la vez evitar toda interferencia innecesaria con los viajes y el comercio. La endeblez de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta de muchos países sigue mermando el potencial del Reglamento para proteger a sus poblaciones y al mundo de emergencias de salud pública como las que supusieron el brote de enfermedad por el virus del Ebola, un nuevo subtipo de gripe humana y los conglomerados de microcefalia y de síndrome de Guillain-Barré asociados al virus de Zika. Sigue resultando difícil garantizar la observancia del Reglamento, sobre todo en lo que respecta a prevenir la aplicación de toda medida que obstaculice indebidamente los viajes o el comercio. La aplicación efectiva y fructífera del Reglamento pasa indefectiblemente por que las principales partes interesadas renueven y mantengan duraderamente su compromiso de implantarlo y cumplirlo. A este respecto, la reforma de la labor de la OMS en emergencias sanitarias y las recomendaciones 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, junto con un compromiso renovado de los Estados Partes y los asociados pertinentes, constituyen elementos esenciales para la aplicación eficaz del Reglamento.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

27. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota del presente informe.

ANEXO

Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Marco de seguimiento y evaluación

Principios del nuevo Marco de seguimiento y evaluación del RSI

1. El nuevo Marco de seguimiento y evaluación del RSI combina enfoques cualitativos y cuantitativos en un proceso de examen objetivo de las capacidades reales de los países. Se propone llevar a cabo este proceso de seguimiento y evaluación a lo largo de un ciclo de cuatro años, coincidiendo con el ciclo de examen de los sistemas nacionales de salud y la planificación presupuestaria.

2. El nuevo Marco debería promover la rendición de cuentas y la transparencia mediante la presentación oportuna de informes precisos sobre el estado de aplicación del RSI, lo que promoverá el diálogo, la confianza y la rendición de cuentas entre los Estados Partes. Las oportunidades de mejora detectadas mediante la aplicación de este Marco deberían traducirse en un plan nacional de acción con plazos y recursos para la aplicación. El plan nacional de acción para el fortalecimiento de las capacidades básicas requeridas por el RSI y la preparación ante emergencias sanitarias debería incorporarse al ciclo presupuestario nacional y adecuarse al plan estratégico nacional, en lugar de ser independiente de la planificación institucional. Este ciclo continuo del proceso de examen debe facilitar los vínculos con otros sectores pertinentes y garantizar la compatibilidad con los planes estratégicos nacionales existentes; promover la colaboración a nivel nacional e internacional; e implicar a los donantes y asociados actuales y posibles para que complementen la inversión interna en materia de seguridad sanitaria.

Los cuatro componentes del nuevo Marco de seguimiento y evaluación del RSI

3. El Marco consta de cuatro componentes interrelacionados cuya finalidad es identificar las deficiencias y oportunidades de mejora. Se propone que, en un periodo de cuatro años, los Estados Partes realicen sistemáticamente las siguientes actividades.

Presentación de informes anuales

4. En virtud del artículo 54 del Reglamento, los Estados Partes deben presentar anualmente a la Asamblea de la Salud un informe sobre la aplicación del Reglamento. Los informes deben prepararse de conformidad con la resolución WHA61.2 (2008) relativa a la aplicación del Reglamento. La finalidad de los informes anuales es dar una idea cuantitativa del estado de las capacidades básicas en todos los países. Habida cuenta de las limitaciones de cualquier herramienta autoadministrada, el cuestionario actual de seguimiento del RSI se complementará con los otros tres elementos tan frecuentemente como sea posible. El cuestionario también se está revisando para simplificarlo y armonizarlo con la herramienta de evaluación externa conjunta.

Evaluación externa conjunta

5. La finalidad de la evaluación externa conjunta es evaluar la capacidad de los países para prevenir, detectar y responder rápidamente a eventos de salud pública con arreglo al Reglamento. La evaluación externa tiene como objetivo introducir una medición de la capacidad de un país por parte de un

experto independiente y valorar los progresos en el logro de las capacidades requeridas por el Reglamento.

6. La evaluación externa permite a los países identificar las necesidades más urgentes en sus planes nacionales; establecer un orden de prioridad respecto de las oportunidades para mejorar la preparación, la detección y la capacidad de respuesta y, en particular, fijar las prioridades nacionales y la asignación de recursos sobre la base de conclusiones objetivas; y colaborar con los donantes y asociados actuales y posibles, según proceda. La transparencia es un elemento importante para atraer y dirigir recursos allí donde son más necesarios.

7. Se alienta a los países a que, de manera voluntaria, realicen al menos una evaluación externa conjunta cada cuatro años.

8. Para que las evaluaciones externas conjuntas se lleven a cabo de manera uniforme en todos los Estados Partes, la Secretaría ha diseñado una herramienta de evaluación externa conjunta en colaboración con expertos, Estados Partes y asociados. Mediante la herramienta se evalúan 19 áreas técnicas.

Examen posterior a la acción y/o ejercicio(s) de simulación

Examen posterior a la acción

9. Es indispensable complementar los informes anuales mediante el examen de una experiencia real de un evento de salud pública que pueda ofrecer una oportunidad para extraer enseñanzas e identificar oportunidades de mejora. El evento o eventos de salud que han de ser objeto de un examen posterior a la acción deberían ser elegidos por los Estados Partes, si bien la Secretaría puede proporcionar asesoramiento técnico al respecto previa petición. La información recopilada mediante el examen posterior a la acción será principalmente cualitativa y funcional, y se utilizará para identificar cualquier esfera en la que sea preciso introducir mejoras mediante un plan nacional de acción. Este examen puede adoptar la forma de autoexamen (responsables nacionales de la aplicación del RSI) o de examen conjunto (responsables nacionales de la aplicación del RSI y asociados externos nacionales o internacionales, en colaboración con un grupo de pares de otro país o con la Secretaría).

Ejercicio(s) de simulación

10. Cuando no exista un evento de salud pública apropiado para llevar a cabo un examen, los ejercicios de simulación pueden servir como método alternativo para probar el funcionamiento real de las capacidades básicas requeridas por el RSI. También se pueden diseñar ejercicios específicos (nacionales, regionales o subregionales) cuando sea preciso poner a prueba el desempeño de una función o área técnica en particular.

11. Se alienta a los países a llevar a cabo un examen posterior a la acción o ejercicios de simulación al menos una vez cada cuatro años.

Presentación a la Asamblea Mundial de la Salud de un informe sobre los progresos realizados en la aplicación del Reglamento

12. De conformidad con los principios de transparencia y rendición de cuentas mutua que subyacen al Reglamento, se propone que el informe que presente la Secretaría a la Asamblea de la Salud contenga un resumen de la evaluación de cada país sobre la base del nuevo Marco de seguimiento y evaluación del RSI. La Secretaría creará páginas específicas en el sitio web de la OMS para proporcionar

acceso, con el acuerdo del país de que se trate, a la información contenida en el informe anual y/o a los datos relativos a cualquier misión de evaluación externa conjunta, examen posterior a la acción y/o ejercicio de simulación realizado.

= = =