Organización Mundial de la Salud

69ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD **A69/26**
Punto 14.6 del orden del día provisional **6 de mayo de 2016**

Respuesta de la OMS a las emergencias graves a gran escala

Informe de la Directora General

1. El presente informe es en respuesta a la petición formulada por el Consejo Ejecutivo en la resolución EBSS3.R1 (2015), aprobada en la Reunión extraordinaria sobre el ebola. En él se proporciona información sobre las distintas emergencias de grado 3, y de nivel 3 según el Comité Permanente entre Organismos, en las que la OMS ha intervenido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015, y se presenta una reseña de la 9.ª reunión del Comité de Emergencias celebrada el 29 de marzo de 2016, convocada por la Directora General en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con el brote de enfermedad de virus del Ebola en África occidental. En su 138ª reunión, el Consejo Ejecutivo examinó y tomó nota de una versión anterior del presente informe.[1]

2. Durante el periodo que se examina, la OMS respondió a importantes emergencias en 47 países, incluidas 32 emergencias graves y 19 emergencias prolongadas (cuatro países experimentaron ambos tipos; véase el anexo 1). Todas las emergencias graves se clasificaron con los grados 1, 2 o 3 con arreglo al Marco de Respuesta a las Emergencias de la OMS, entre ellas siete emergencias recurrentes evaluadas como grado 3, el máximo nivel de gravedad.[2] La OMS declaró dos nuevas emergencias de grado 3 entre enero y diciembre de 2015: el terremoto de Nepal (cuya clasificación se estableció en abril y se rebajó en junio) y el agravamiento de la crisis humanitaria en el Yemen (cuyo grado de clasificación se elevó en julio). Estas emergencias se sumaron a otras cinco de grado 3, a saber: la compleja crisis humanitaria en el Iraq (clasificada en agosto de 2014), el brote de la enfermedad por el virus del Ebola en África occidental (clasificada en julio de 2014), y los conflictos en la República Centroafricana (clasificada en diciembre de 2013), en Sudán del Sur (clasificada en febrero de 2014) y en la República Árabe Siria (clasificada en enero de 2013). Estas siete emergencias de grado 3 afectan directamente a 11 países diferentes (el brote de ebola en África occidental afecta a Guinea, Liberia y Sierra Leona, y la crisis en la República Árabe Siria afecta a Jordania, el Líbano y Turquía). Desde la presentación del informe a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud se ha rebajado la clasificación del conflicto/los disturbios públicos en la República Centroafricana de emergencia de grado 3 a emergencia de grado 2.

---

[1] Véase el documento EB138/23 y las actas resumidas del Consejo Ejecutivo en su 138.ª reunión, segunda sesión, sección 2 y tercera sesión, sección 1 (documento EB138/2016/REC/2).

[2] El Marco de Respuesta a las Emergencias establece tres grados diferentes de emergencias que reflejan la magnitud del apoyo institucional necesario para dar respuesta a emergencias de grado 1, 2 y 3. El grado 1 requiere una respuesta mínima por parte de la OMS; el grado 2 una respuesta moderada y el grado 3 una respuesta sustancial. Los pertinentes integrantes del Equipo de la OMS de Gestión de Emergencias Mundiales se encargan de determinar el grado de cada emergencia tras examinar su magnitud, urgencia, complejidad y contexto. Una vez clasificada la emergencia, la respuesta de la OMS es objeto de seguimiento con arreglo a una serie de parámetros de desempeño y plazos claramente definidos.

3. En 2015, con excepción del brote de la enfermedad por el virus del Ebola en África occidental y el terremoto de Nepal, la clasificación realizada por la OMS se armonizó con la del sistema del Comité Permanente entre Organismos. En la República Centroafricana, el nivel 3 de emergencia clasificada según el Comité Permanente entre Organismos se desactivó el 13 de mayo de 2015. La OMS está respondiendo actualmente a cinco emergencias de grado 3 (véase el cuadro).

Cuadro. Resumen de las emergencias de grado 3 activadas por la OMS

País	Fecha de activación del grado 3	Fecha de desactivación o de rebaja del grado 3
Brote de ebola en África occidental	26 de julio de 2014	en curso
Iraq	12 de agosto de 2014	en curso
Nepal	27 de abril de 2015	23 de junio de 2015 (a G1)
República Árabe Siria	3 de enero de 2013	en curso
República Centroafricana	13 de diciembre de 2013	3 de junio de 2015 (a G2)
Sudán del Sur	12 de febrero de 2014	en curso
Yemen	1 de julio de 2015	en curso

4. Además de las emergencias de grado 3 más destacadas, la OMS respondió a las necesidades sanitarias de las poblaciones afectadas en otras 21 emergencias graves clasificadas, incluidas 11 de grado 2 y 10 de grado 1. Estas abarcaron el terremoto en Afganistán; las inundaciones en Madagascar, Malawi, Mozambique y Myanmar; el ciclón Pam en Vanuatu y Tuvalu; el ciclón Maysak en los Estados Federados de Micronesia; el fenómeno de El Niño en Etiopía y el tifón Koppu en Filipinas, así como conflictos y/o desplazamientos conexos en Burundi, el Camerún, Filipinas, Libia, Malí, el Níger, Nigeria, la República Unida de Tanzanía, Ucrania y el Yemen. En el periodo considerado, algunos países se vieron afectados por más de una emergencia relacionada o no con el evento que motivó la declaración inicial de emergencia por parte de la OMS, por ejemplo, los brotes de cólera que complicaron los conflictos de grado 3 en el Iraq y en Sudán del Sur; las inundaciones que agravaron la prolongada crisis de Myanmar y dificultaron la respuesta al brote de ebola en Sierra Leona; y el segundo terremoto que obstaculizó los esfuerzos de recuperación tras el anterior terremoto de grado 3 en Nepal.

5. Por otra parte, la OMS está respondiendo a crisis prolongadas en 19 países, zonas y territorios, a saber: el Afganistán, países del Cuerno de África (Djibouti, Eritrea y Etiopía), Myanmar, el Pakistán, la República Democrática del Congo, la Ribera Occidental y la Franja de Gaza, el Sahel (Burkina Faso, Camerún, Chad, Gambia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria y Senegal), Somalia y el Sudán.

6. En todos esos casos la respuesta de la OMS a la emergencia se basó en el Marco de Respuesta a las Emergencias de la Organización, que establece criterios de desempeño articulados en torno a cuatro funciones fundamentales de la OMS, a saber, liderazgo y coordinación, gestión de la información, competencia técnica y servicios básicos (por ejemplo, logística, adquisiciones, recursos humanos y gestión financiera). En emergencias de grado 3 la OMS adoptó tres políticas esenciales: la política de movilización rápida que permitió reasignar eficazmente al personal de las oficinas de país y desplegar a profesionales con experiencia en emergencias; la política de liderazgo en emergencias sanitarias que posibilitó el despliegue de personal superior para ayudar al Jefe de la Oficina de la OMS en el país a dirigir y coordinar las actividades; y la política de precaución dirigida a asegurar niveles previsibles de personal y financiación desde el primer momento en todas las emergencias, incluido el acceso a

la Cuenta de Respuesta Rápida de la sede de la OMS y a los fondos regionales de emergencia gestionados por las Oficinas Regionales para África, las Américas y el Mediterráneo Oriental. En 2015, y con el fin de poner en marcha operaciones, la OMS utilizó en varias ocasiones sus fondos de emergencia, así como préstamos puente para mantener la continuidad de las operaciones en Mozambique, Nigeria, el Sudán y Vanuatu. El Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias creado recientemente se utilizó por primera vez en noviembre de 2015 para ayudar a ejecutar las operaciones necesarias para ampliar la respuesta a la crisis en Etiopía hasta una aportación de US$ 400 000.

7. La OMS respaldó a gobiernos y dirigió, codirigió o apoyó la coordinación sectorial del grupo de acción sanitaria en 24 países, a fin de velar por la cobertura y calidad suficientes de los servicios sanitarios de emergencia cuando el acceso así lo permitía. La OMS contribuyó a la prestación de asistencia de salud primaria y hospitalaria mediante el funcionamiento de equipos y dispensarios móviles, la adquisición de medicamentos y suministros, la capacitación de agentes de atención sanitaria y el apoyo a los asociados en la prestación de servicios en dispensarios móviles. Además, se reforzaron las actividades de vigilancia, preparación y respuesta relacionadas con brotes de enfermedades.

8. Según la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de la Asistencia Humanitaria, la magnitud de las necesidades mundiales de asistencia humanitaria es mayor que nunca. En diciembre de 2015 se calculó que en el mundo había 125 millones de personas que necesitaban ayuda humanitaria y que se necesitaban US$ 19 500 millones para atender a las necesidades de los 89,4 millones de personas que vivían en los 37 países más afectados a las que se prestará asistencia mediante planes interinstitucionales de respuesta humanitaria. En 2015 se financió solo el 55% de las necesidades de ayuda humanitaria, (US$ 10 700 millones de los US$ 19 300 millones solicitados). Durante 2015, la financiación de la OMS fue también el 55% del total solicitado (US$ 198 millones de los US$ 380 millones solicitados). Si bien algunos donantes han incrementado sus aportaciones para asistencia humanitaria, la brecha entre las necesidades y la financiación sigue aumentando y obstaculizando gravemente las operaciones. Por ejemplo, el Iraq representa la primera emergencia de grado 3 en la que la falta de fondos ha obligado a la OMS y los asociados a cerrar servicios de atención de salud, lo que afecta a casi 3 millones de personas.

9. A principios de 2016, la OMS respondió también a brotes importantes de la enfermedad por el virus de Zika, en la Región de las Américas y en otras regiones, y de la fiebre amarilla en Angola. La respuesta a los brotes de ambas enfermedades no tuvo lugar durante el periodo abarcado por el presente informe. Sin embargo, habida cuenta de la importancia de tales brotes, en el anexo 2 se resumen la situación actual y las respectivas actividades de respuesta desarrolladas por la OMS desde el 1 de enero de 2016.

ACTIVIDADES DE LA OMS EN EMERGENCIAS DE GRADO 3

República Centroafricana

10. Desde diciembre de 2013, la crisis en la República Centroafricana ha provocado el desplazamiento de más de 1 millón de personas. Al 4 de diciembre de 2015, unos 2,3 millones de personas necesitaban asistencia humanitaria, y la mayoría de ellas requerían atención sanitaria. Casi dos terceras partes de los servicios de salud dependían de la ayuda externa para seguir en funcionamiento.

11. En respuesta a la crisis, la OMS ha reforzado su presencia en el país mediante el despliegue de 55 miembros del personal, en varias fases sucesivas, y la reasignación de 31 funcionarios de la oficina en el país. Actualmente hay 69 funcionarios destacados en Bangui y en tres oficinas subnacionales (Bambari, Bandoro y Bouar). La OMS prevé establecer otras dos oficinas sobre el terreno cuando las condiciones de seguridad lo permitan.

12. La OMS encabeza el Grupo de Acción Sanitaria (integrado por 64 asociados en pro de la salud) que está trabajando para prestar servicios sanitarios de emergencia a las personas que más los necesitan. Se dispensó atención de salud gratuita a unos 1,2 millones de personas muy vulnerables. Se estableció un sistema de alerta y respuesta tempranas en los principales lugares de alojamiento de desplazados internos en Bangui, Bimbo, Begoua, Kaga Bandoro, Bambari y Ngakobo, a fin de reforzar el sistema nacional de vigilancia. El sistema de alerta y respuesta tempranas cubre actualmente un 60% de los lugares que albergan a personas desplazadas. En 2015, las campañas de vacunación masiva realizadas en Batangafo, Bria, Bakouma y Birao permitieron vacunar contra el sarampión al menos a 53 585 niños de edades comprendidas entre los 6 meses y los 15 años. A pesar de esos esfuerzos, la cobertura de inmunización sistemática sigue siendo baja. En la actualidad, solo un 43% de los lactantes de 0 a 11 meses han recibido la vacuna pentavalente. En cuatro distritos sanitarios[1] se ha vacunado a menos del 15% de los lactantes. Los principales retos para la prestación de servicios sanitarios básicos y de emergencia siguen siendo las restricciones del acceso debidas a la inseguridad, los elevados costos operacionales, la escasez de fondos y recursos humanos, el limitado número de asociados en pro de la salud y el colapso del sistema nacional de abastecimiento de medicamentos esenciales.

13. Aunque la situación de seguridad sigue siendo inestable en varias zonas, algunos desplazados internos están volviendo a sus hogares. Recientemente, la Secretaría colaboró con el Ministerio de Salud en el desarrollo de un plan de transición para el sector sanitario 2015-2016.

14. El Grupo de Acción Sanitaria en la República Centroafricana necesitaba US$ 63 millones en 2015. Al 31 de diciembre de 2015 se había financiado el 47% de las necesidades del Grupo. La OMS había recibido menos del 28% de los fondos necesarios.

Brote de la enfermedad por el virus del Ebola en África occidental

15. Después de que en su punto crítico el brote alcanzara un nivel máximo de 950 casos confirmados por semana, el 28 de diciembre de 2015 se declaró la interrupción de todas las cadenas iniciales de transmisión conocidas en África occidental, coincidiendo con el fin de la última cadena de transmisión en Guinea. Posteriormente, la vigilancia se reforzó en este país, una medida que se mantendrá hasta el 27 de marzo de 2016. Liberia, que el 3 de septiembre había declarado el fin de la transmisión, notificó tres nuevos casos los días 19 y 20 de noviembre, probablemente debido a la reaparición del virus a través de un superviviente. Del mismo modo, aunque Sierra Leona había declarado el fin de todas las cadenas de transmisión el 7 de noviembre, el 14 de enero de 2016 notificó un nuevo caso debido a la reaparición del virus tras el contacto con un superviviente.

16. La 9.ª reunión del Comité de Emergencia convocada por la Directora General en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con el brote de enfermedad de virus del Ebola en África occidental se llevó a cabo por teleconferencia el martes 29 de marzo de 2016. Los representantes de Guinea, Liberia y Sierra Leona presentaron la situación epidemiológica, la labor en curso encaminada a evitar la reaparición de la enfermedad y la capacidad para detectar conglomerados de casos que puedan aparecer en cada uno de esos países y para intervenir con rapidez ante tal circunstancia. El Comité tomó nota de que, desde su última reunión, los tres países han cumplido los criterios exigidos para confirmar la interrupción de las cadenas iniciales de transmisión del virus del Ebola. No obstante, como era previsible, se siguen registrando nuevos conglomerados de casos a causa de la reintroducción de los virus que eliminan los pacientes que han sobrevivido a la infección. Con todo, esta reintroducción se produce con frecuencia decreciente. Además, el Comité destacó que hasta la fecha se han detectado todos estos conglomerados y que la respuesta ha sido rápida, lo cual ha limitado la

[1] Vakaga en la región 5 y Haut Mbomou, Kembe y Mobaye en la región 6.

transmisión a un máximo de dos generaciones de casos en los conglomerados que se han contenido. El Comité añadió que, a su juicio, la transmisión del virus del Ebola en África occidental ya no constituye un evento extraordinario, que el riesgo de propagación internacional es actualmente bajo y que los países tienen capacidad para responder rápidamente a nuevas reapariciones del virus. Asimismo, hizo hincapié en que no debe haber restricciones de viaje ni de comercio con Guinea, Liberia y Sierra Leona, y que las restricciones que hayan impuesto deben levantarse de inmediato.

17. Siguiendo el consejo del Comité de Emergencia, y basándose en su propia evaluación de la situación, la Directora General dio por terminada, conforme al Reglamento Sanitario Internacional (2005), la emergencia de salud pública de importancia internacional relativa al brote de enfermedad por el virus del Ebola en África occidental. Además, la Directora General también puso fin a las recomendaciones temporales que había formulado en relación con este evento, subscribió el dictamen en materia de salud pública emitido por el Comité e insistió en la importancia de que los Estados Partes levanten de inmediato todas las restricciones de viaje y de comercio con estos países.

18. Si bien la incidencia del ebola ha disminuido significativamente, el riesgo de reintroducción por la persistencia del virus ha planteado una amenaza importante a corto plazo para alcanzar y mantener la eliminación del ebola en la región. El brote ocurrido en julio de 2015 en Liberia, que se debió probablemente a la persistencia del virus en un superviviente que se había recuperado meses antes, reafirmó la posibilidad de que la transmisión se pudiera reanudar. Aunque el riesgo de reintroducción por la persistencia del virus en algunos sobrevivientes va disminuyendo con el tiempo, sigue siendo significativo debido al alto número de personas afectadas por el brote. Los casos posteriores en Liberia y Sierra Leona, registrados en noviembre de 2015 y enero de 2016, pusieron más de manifiesto la importancia de este riesgo persistente.

19. Tras el repliegue de la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ebola a finales de julio de 2015, los asociados establecieron una entidad sucesora, la Unidad de Colaboración Interinstitucional para el Ebola, en la que la OMS es el órgano de dirección técnica y coordinación. A la luz de los cambios en la epidemiología de la región, la Unidad desarrolló una estrategia para la fase 3 de la respuesta. Esta Unidad continuó aplicando el plan establecido hasta el final de marzo de 2016.

20. La fase 3 se basa en el rápido aumento del número de camas para el tratamiento de los enfermos, los equipos de inhumación segura y digna y las capacidades para modificar comportamientos de la fase 1 (de agosto a diciembre de 2014), así como en el mejoramiento de las capacidades de detección de casos, localización de contactos y participación comunitaria durante la fase 2 (enero a julio de 2015).[1] A fin de lograr y mantener libre de casos la región de África occidental, la fase 3 incorpora en los actuales trabajos de respuesta y recuperación relativos al ebola nuevos conocimientos e instrumentos, desde vacunas, medios de diagnóstico y operaciones de respuesta hasta servicios de apoyo y atención para los supervivientes. Muchos de los progresos operacionales se reflejaron en las recientes iniciativas nacionales de respuesta al ebola, entre ellas la Operation Northern Push en Sierra Leona, el enfoque «cerclaje» en Guinea y la rápida operación de respuesta en Liberia. Además, la fase 3 reflejó la necesidad de establecer firmes vínculos entre la respuesta, la pronta recuperación y la labor de fortalecimiento del sistema de salud a largo plazo descrito en los planes de recuperación del sistema nacio-

[1] Para obtener una descripción exhaustiva de las actividades y capacidades de las fases 1 y 2 pueden consultarse: la Hoja de ruta para la respuesta al virus del Ebola, en http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/response-road map/es/ (consultado el 13 de abril de 2016); el Ebola Outbreak Overview of Needs and Requirements, en https://ebolaresponse.un.org/sites/default/files/onr2015.pdf (consultado el 13 de abril de 2016), y el WHO strategic response plan 2015: West Africa Ebola outbreak, en http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-strategic-plan/en/ (consultado el 13 de abril de 2016).

nal de salud. Como en anteriores fases de la respuesta, todos los asociados hicieron hincapié en la acuciante necesidad de que las comunidades, las familias y las personas afectadas participaran plenamente en la aplicación y que se comprendieran sus preocupaciones. En la estrategia de la Etapa 3 son fundamentales las medidas para controlar el riesgo residual de que pueda producirse una reaparición del virus debido a su persistencia en los supervivientes. Estas medidas son: la intensificación de la vigilancia, la atención y el asesoramiento a los supervivientes y el establecimiento de equipos de respuesta rápida en los tres países.

21. Durante el brote, la OMS colaboró estrechamente con diversos asociados gubernamentales, locales e internacionales. Los principales asociados operacionales fueron organismos especializados, fondos y programas de las Naciones Unidas, entre ellos el PNUD, el UNFPA, el UNICEF, el PMA, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Canadá, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de China, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, así como organizaciones no gubernamentales (entre ellas Medical Corps, International Rescue Committee, Médicos Sin Fronteras y Save the Children), la Unión Africana, el Gobierno de Cuba y sus brigadas médicas, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Organización Internacional para las Migraciones y la Organización Sanitaria de África Occidental.

22. Para responder al brote de ebola en África occidental la OMS puso en marcha la mayor operación en la historia de la Organización. Durante la mayor parte de 2015, la OMS desplegó en los tres países más afectados (Guinea, Liberia y Sierra Leona) alrededor de 1200 miembros de su personal, distribuidos en más de 70 lugares sobre el terreno. En los países de África occidental en que se registró transmisión activa del ebola la OMS desplegó más de 2200 expertos y técnicos, entre ellos 962 expertos de los asociados en la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos.

23. Sobre la base de su propia experiencia y de los estrechos vínculos con gobiernos, así como con la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, la Red OMS de Laboratorios sobre Agentes Patógenos Emergentes y Peligrosos, la Red Mundial de Prevención y Control de Infecciones, equipos médicos extranjeros y asociados para emergencias, la OMS desempeñó un importante papel en la ampliación de capacidades cruciales para los servicios de atención clínica, salud pública, control de infecciones y laboratorio en los tres principales países afectados. En consonancia con su función normativa, la OMS distribuyó o elaboró más de 50 documentos de orientación técnica sobre una amplia gama de temas de salud pública y atención clínica. En el marco de los programas de la OMS y sus asociados, más de 8600 personas recibieron capacitación en cursos presenciales o en línea que utilizaron materiales y contenidos desarrollados por la OMS.

24. Asimismo, la OMS facilitó el examen y análisis de un gran número de vacunas, medicamentos, terapias y medios de diagnóstico para el tratamiento y la detección de la enfermedad por el virus del Ebola. Los procedimientos de examen acelerado permitieron la rápida localización de las vacunas y los medios de diagnóstico, así como los ensayos con éxito de esas vacunas y medios de diagnóstico realizados en Guinea y Sierra Leona. Al 31 de diciembre, los mayores progresos se habían realizado mediante un ensayo patrocinado por la OMS, en el que se utilizó la vacuna rVSV-ZEBOV. En el ensayo se aplicó una estrategia de «vacunación anular» basada en el enfoque utilizado para erradicar la viruela. El ensayo persiguió dos objetivos principales: evaluar el grado de protección que ofrecía la vacuna a las personas y determinar si la vacunación afectaba la transmisión general de la enfermedad por el virus del Ebola en la zona anular. A finales de julio se publicaron los resultados preliminares en

The Lancet.[1] Los resultados sugieren que la eficacia de la vacuna rVSV podría ser del 100%. Además, la OMS contribuyó al desarrollo de una prueba diagnóstica automatizada de la reacción en cadena de la polimerasa, y ha estado evaluando algunas pruebas de diagnóstico rápido.

25. La OMS ha realizado una amplia labor en todas las regiones con el fin de apoyar a los Estados Miembros en la preparación ante posibles casos de la enfermedad por el virus del Ebola, en particular a través de las misiones de asistencia técnica en 15 países prioritarios de la Región de África, la ayuda en la elaboración de planes operacionales para esos países, el seguimiento de las capacidades de preparación y la difusión de orientación técnica.

26. La OMS ha colaborado con cada uno de los tres países afectados en el desarrollo de planes nacionales de recuperación mediante la formulación de estrategias para la reactivación segura de los servicios de salud esenciales y las funciones del sistema de salud a largo plazo. Cada uno de los tres planes nacionales identificaron la prevención y el control de la infección como un aspecto de máxima prioridad para la pronta recuperación. Esos planes formaban parte de los documentos fundamentales de la conferencia internacional sobre la recuperación después del ebola, organizada por el Secretario General y celebrada en Nueva York los días 9 y 10 de julio de 2015. La OMS y la comunidad internacional siguen apoyando a las autoridades nacionales en la ejecución de esos planes de recuperación.

27. Aunque en los últimos meses se han logrado importantes progresos, el brote ha revelado que, en muchos aspectos, las estructuras, los sistemas, las capacidades y la cultura de la OMS se deben reformar para adecuarse a sus fines. A ese respecto, y en virtud de la resolución EBSS3.R1, adoptada por el Consejo Ejecutivo en su Reunión extraordinaria sobre el ebola, así como de su decisión WHA68(10) (2015), la OMS está abordando un examen exhaustivo y una reforma de sus capacidades en materia de gestión de riesgos de emergencias y respuesta ante emergencias con consecuencias sanitarias y humanitarias. Esta reforma está orientada por el informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola solicitado en la resolución EBSS3.R1 y distribuido el 7 de julio de 2015, y por el 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, establecido el 9 de julio de 2015 y presidido por el Dr. David Nabarro, Enviado Especial del Secretario General para el Ebola.

Iraq

28. En los últimos 18 meses, la crisis humanitaria en el Iraq ha causado cuatro grandes oleadas sucesivas de desplazamientos de población y ha dado lugar a que más de 8,6 millones de personas, entre ellos 3 millones de desplazados internos, necesiten asistencia humanitaria. Casi 7,8 millones de personas requieren asistencia sanitaria. Los servicios sanitarios están sobrecargados y las existencias de medicamentos y suministros se agotan. En cuatro de las áreas del país más afectadas, 14 hospitales y más de 170 centros de salud han sufrido daños o han sido destruidos. En la situación actual en que la violencia y los desplazamientos continúan exacerbando la grave situación humanitaria en todo el país, las necesidades prioritarias son la salud, la protección, los alimentos, el agua y el saneamiento.

29. La OMS y sus asociados del Grupo de Acción Sanitaria dieron apoyo al Ministerio de Salud del Iraq en su respuesta al brote de cólera que se ha extendido a todo el país. A fin de ayudar a este Ministerio, la OMS envió a expertos en la enfermedad; laboratorios; epidemiólogos, y expertos en agua, higiene, saneamiento y manejo de casos. Esta ayuda la aportaron tanto la Sede y las Oficinas Regionales de la Organización como los asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos

[1] http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61117-5/abstract (consultado el 13 de abril de 2016).

(los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y el Centro internacional de tratamiento e investigación sobre enfermedades diarreicas situado en Bangladesh). Además, se creó un grupo de trabajo operativo sobre el cólera para coordinar las actividades. La OMS entregó 15 botiquines interinstitucionales para el tratamiento de las enfermedades diarreicas (suficientes para tratar 10 500 casos de cólera) y 600 000 pastillas de cloro, y prestó apoyo a los centros de salud en las provincias y distritos damnificados a fin de llevar a cabo la vigilancia para la alerta temprana y el manejo de casos. También se difundieron ampliamente mensajes para la prevención del cólera. A fin de evitar una mayor propagación en la región, los asociados de la Secretaría y de la OMS ayudaron al Ministerio de Salud a poner en práctica una campaña masiva para administrar por vía oral vacunas contra la enfermedad. La campaña se dividió en dos tandas de vacunación (en octubre y diciembre de 2015), que se llevaron a cabo en 62 campamentos de refugiados y desplazados internos distribuidos en 13 provincias. Se proporcionaron más de 510 000 dosis de vacunas, una cifra suficiente para proteger a 255 000 personas de poblaciones con alto riesgo de contraer el cólera en todo el país (desplazados internos y refugiados). A finales de octubre se había comenzado a extinguir el brote.

30. La OMS ha ampliado su presencia en el terreno estableciendo centros de operaciones en Bagdad, Erbil y Basora y centros secundarios en Dahuk y Solimania, y desplegando a 81 trabajadores de refuerzo. El país cuenta con una red de centros nacionales de coordinación que opera en 15 provincias. La OMS dirige y coordina el Grupo de Acción Sanitaria, que integran 48 asociados.

31. Los asociados de la OMS y el Grupo de Acción Sanitaria, en colaboración con el Ministerio de Salud del Iraq, han ayudado a prestar servicios sanitarios que pueden salvar vidas a 3,2 millones de personas. En el marco de estos servicios se incluyen el envío de 27 dispensarios móviles y 30 ambulancias, la formación de 1250 trabajadores sanitarios locales en distintos aspectos de las emergencias de salud pública, la compra y distribución de medicamentos, vacunas y suministros por un valor superior a US$ 17,5 millones a fin de reponer las existencias necesarias para emergencias en alrededor de 1400 centros de salud de todo el país y el control de la calidad del agua en los campamentos de desplazados internos y en otros puntos. Entre enero y junio de 2015 se prestó atención sanitaria a 3,4 millones de personas, sobre todo en las provincias norteñas y centrales donde se concentra un gran número de desplazados internos, así como en la provincia de Anbar, que también está azotada por el conflicto. Se remitió a centros de atención secundaria y terciaria a más de 300 000 pacientes y se vacunó contra el sarampión a 3,4 millones de niños de entre 9 y 59 meses y contra la poliomielitis a 5,3 millones de niños. La vigilancia de los brotes de enfermedades se ha reforzado notablemente: entre mayo de 2014 y agosto de 2015 se triplicó el número de puntos de notificación, pasando de 18 a 54.

32. Las deficiencias en cuanto a la financiación y el acceso a servicios sanitarios son dos problemas importantes. La extrema inestabilidad que se vive en amplias zonas del país dificulta el suministro de insumos médicos esenciales. En agosto de 2015, un grave déficit de financiación provocó la cancelación del 84% de los programas sanitarios de los asociados que prestan ayuda humanitaria, sobre todo en las provincias del norte del país, que dejó a casi 3 millones de personas sin acceso a los servicios de atención sanitaria que necesitaban con urgencia. Gracias a los esfuerzos encaminados a promover la ayuda y la agilización de la movilización de recursos, se ha logrado el compromiso de donantes y se han conseguido mantener unos 100 proyectos sanitarios. Sin embargo, los déficits de financiación siguen siendo importantes. El Grupo de Acción Sanitaria anunció que necesitaba US$ 60,9 millones para desarrollar el Plan de respuesta humanitaria en Iraq para 2015 de los cuales, al final de 2015, solo se habían recibido US$ 28,9 millones (el 48%). La OMS anunció que necesitaba US$ 22,5 millones pero, al final de 2015, solo había recibido US$ 16 millones (el 72%).

Nepal

33. El 25 de abril de 2015 Nepal se vio sacudido por un terremoto de magnitud 7,8 grados cuyo epicentro se situó en el distrito de Gorkha, a unos 140 kilómetros al noroeste de Katmandú. A este sismo

le siguieron decenas de fuertes réplicas, entre ellas un terremoto de magnitud 7,3 el 12 de mayo de 2015, con epicentro en el distrito de Sindhupalchowk, alrededor de 72 kilómetros al este de Katmandú, que afectó a personas e infraestructuras. Según informó el Gobierno de Nepal, fallecieron 8960 personas, 22 322 personas resultaron heridas[1] y más de 5,6 millones se vieron afectadas. Los temblores sacudieron más de la mitad de los 75 distritos del país, y en 14 de ellos se necesitó asistencia prioritaria. Veintiséis hospitales y más de 1100 centros sanitarios sufrieron daños y el 90% de los centros de salud situados fuera de las principales ciudades quedaron fuera de servicio. En Katmandú siguieron operativos los cinco hospitales más importantes, pese a acusar algunos daños, en parte gracias a las adaptaciones realizadas en el marco de los planes nacionales de preparación, para los que ha prestado apoyo la OMS, y al programa de seguridad en los hospitales. Las prioridades inmediatas fueron asistir a los heridos; garantizar la atención médica, obstétrica y quirúrgica de emergencia a pacientes con otras enfermedades prioritarias; ayudar a la rehabilitación de los pacientes que han recibido el alta hospitalaria, y proporcionar apoyo psicosocial a la población afectada.

34. El sector sanitario se movilizó rápidamente, en gran medida merced a la amplia labor de preparación llevada a cabo en los últimos 10 años por el Gobierno de Nepal en colaboración con la OMS. El Ministerio de Salud y Población, con el apoyo de la OMS, elaboró la estrategia gubernamental para la gestión del riesgo de desastres, incluidos la planificación de la preparación para ellos y los componentes sanitarios.

35. El Gobierno de Nepal solicitó asistencia médica de urgencia a la comunidad internacional y puso en marcha su centro de operaciones para emergencias sanitarias. La OMS envió personal para ayudar al Ministerio de Salud y Población a evaluar rápidamente la situación. Asimismo, la Organización coordinó la recepción internacional y el despliegue posterior de más de 150 equipos médicos extranjeros (principalmente, de organismos gubernamentales que proporcionaron atención médica y quirúrgica de emergencia) para satisfacer las necesidades en varios puntos. La OMS copresidió el Grupo de Acción Sanitaria integrado por 148 asociados que prestó servicios de atención primaria y efectuó intervenciones prioritarias en materia de salud pública. La OMS destinó también US$ 675 000 procedentes de fondos internos a la ampliación de sus operaciones y envió de inmediato suministros médicos y medicamentos esenciales para atender las necesidades de 100 000 personas durante tres meses, 539 carpas, suministros quirúrgicos para 1200 pacientes, botiquines para urgencias traumatológicas para 500 pacientes, kits de tratamiento de enfermedades diarreicas para 2100 casos y nueve carpas sanitarias. Hasta septiembre de 2015, la OMS había entregado 50 kits para campamentos médicos y 48 toneladas de suministros y medicamentos, una cantidad suficiente para tratar a más de 4 millones de personas en los 14 distritos más damnificados, donde el 85% de centros sanitarios fueron dañados por los seísmos.

36. Con objeto de reforzar la respuesta, la OMS organizó la redistribución rápida de 34 miembros de su personal desde sus Oficinas Regionales y en los países y desde su Sede. La Organización mantuvo miembros de su personal en los 14 distritos más damnificados, donde prestaron apoyo a las autoridades sanitarias locales a fin de coordinar a los asociados y prestar apoyo técnico en cuestiones relativas a la salud pública, tales como el tratamiento de heridos a gran escala, la salud mental, la atención obstétrica y la vigilancia más estricta de la morbilidad.

37. Tras el terremoto se hizo un llamamiento interinstitucional. Al final de 2015, el sector sanitario había recibido menos de la mitad (el 47%) de los US$ 41,8 millones necesarios. La OMS recibió solo el 44% de los 12,1 millones solicitados para su respuesta al terremoto.

[1] Esta información está disponible en http://drrportal.gov.np/ (consultado el 13 de abril de 2016).

Sudán del Sur

38. Desde la escalada del conflicto armado en diciembre de 2013, la situación humanitaria general ha seguido empeorando. Hasta diciembre de 2015, más de 2,3 millones de personas se habían visto obligadas a dejar sus hogares y otros 4,6 millones necesitaban asistencia humanitaria urgente. Los servicios sanitarios se vieron gravemente afectados debido a los ataques a centros, personal sanitario y pacientes, a lo que se sumó la escasez de medicamentos y de personal. Las malas condiciones de higiene y saneamiento mantienen alto el riesgo de que se produzcan brotes de enfermedades transmisibles y de agravamiento rápido de la desnutrición, sobre todo en lugares como los centros de protección de la población civil de Bentiu y Malakal. De acuerdo con las estimaciones, desde principios de 2015 casi se ha duplicado el número de personas que sufren inseguridad alimentaria grave, alcanzando los 4,6 millones, entre ellos 250 000 niños gravemente malnutridos. Estas cifras son las más elevadas desde que empezó la guerra.

39. La OMS mantiene su presencia en Bentiu (estado de Unity), Bor (estado de Junqali) y Mingkaman (estado de Alto Nilo). La Organización tiene desplegados en el país 121 miembros de su personal y dispone de centros de enlace en sus 10 estados. En los últimos nueve meses se ha reducido la necesidad de contratación de urgencia, pero se sigue necesitando personal para periodos breves. La OMS dirige el Grupo de Acción Sanitaria y presta apoyo para la coordinación de 60 asociados del sector sanitario.

40. La Secretaría brinda apoyo al Ministerio de Salud a escala central y subnacional para reforzar los servicios sanitarios a fin de llevar a cabo intervenciones eficaces, seguras y de calidad destinadas a las personas que las necesitan. Además, la Secretaría y los asociados de la OMS para la salud ayudaron a este Ministerio a actualizar los planes de atención de víctimas a gran escala en Bentiu, Malakal y Melut, así como a formar equipos de respuesta rápida en los estados y los condados para investigar los brotes de enfermedades emergentes y responder a ellos. En Sudán del Sur hay 47 equipos estatales de respuesta rápida, que integran 298 personas.

41. Aunque el Grupo de Acción Sanitaria ha redoblado sus esfuerzos para hacer frente al paludismo, las infecciones respiratorias agudas y la diarrea acuosa aguda, queda mucho por hacer para detener el aumento de los casos y salvar las vidas de las personas infectadas. Entre enero y agosto de 2015, la OMS y sus asociados para la salud proporcionaron medicamentos y equipos que pueden salvar vidas para más de 950 000 personas, facilitaron insumos adicionales para ayudar a realizar intervenciones quirúrgicas en 11 centros; inmunizaron con vacunas antipoliomielíticas orales a más de 2,4 millones de niños menores de 5 años en los siete estados donde la situación es estable y administraron vacunas anticoléricas orales a más de 37 000 desplazados internos.

42. El Grupo de Acción Sanitaria requiere US$ 93 millones para responder a emergencias en 2015, de los cuales US$ 16,7 millones son necesarios para las actividades de la OMS. Hasta diciembre de 2015 la OMS había recibido solo el 51% de los fondos requeridos.

República Árabe Siria

43. Desde el comienzo del conflicto, en marzo de 2011, el número de personas que necesitan asistencia humanitaria aumentó de 1 millón a la abrumadora cifra de 13,5 millones. Más de 1,2 millones de personas han sufrido traumatismos y hay unos 6,5 millones de desplazados internos. Cinco países vecinos (Egipto, el Iraq, Jordania, el Líbano y Turquía) han acogido a numerosos refugiados, lo que supone cargas enormes para los servicios sociales nacionales y las comunidades locales. El número de refugiados registrados asciende a 4,59 millones, la mayor población de refugiados de un único conflicto en más de un cuarto de siglo. Entre ellos hay 2,2 millones de sirios registrados por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados en Egipto, el Iraq, Jordania, el Líbano

y el Norte de África, y 2,2 millones de sirios registrados por el Gobierno de Turquía. Más de 1 millón de refugiados sirios se encuentran en el Líbano, lo que representa el 30% de la población y supone la mayor concentración de refugiados en el mundo. El número de personas que viven en zonas de acceso difícil o imposible para los organismos de ayuda casi se ha duplicado en los dos últimos años (de 2,5 millones en 2013 a 4,56 millones para 2015). En la actualidad, los organismos de las Naciones Unidas y los asociados llegan solo a una tercera parte de las más de 4 millones de personas que necesitan asistencia en zonas de difícil acceso y las más de 400 000 que se encuentran en zonas asediadas. La mitad de la población del país carece de acceso regular al agua potable.

44. En la República Árabe Siria el conflicto ha tenido importantes consecuencias en el acceso a la atención de salud, ya que el sistema nacional de salud se ha deteriorado y el perfil de salud pública del país ha experimentado un cambio significativo (mayor número de pacientes con lesiones traumáticas, brotes de sarampión, problemas de salud mental y complicaciones de enfermedades no transmisibles por falta de tratamiento.

45. La OMS ha incrementado su capacidad operacional en la República Árabe Siria a más del 90% de la plantilla, integrada en un 90% por nacionales y complementada por una red descentralizada de 59 médicos coordinadores en los 14 distritos, incluso en las zonas aisladas y controladas por las fuerzas oponentes. La OMS mantiene oficinas secundarias en Alepo, Hassake, Homs y Lattakia. Asimismo, la Organización mantiene alianzas activas con más de 67 organizaciones no gubernamentales, con el fin de mejorar el acceso e instaurar modalidades sostenibles para la prestación de servicios de salud. Por otra parte, los equipos de los centros de la OMS en Gaziantep (Turquía) y Ammán (Jordania) respaldan operaciones transfronterizas en el marco del enfoque «Whole of Syria», orientado a ampliar la prestación de servicios de salud en zonas de difícil acceso y asediadas.[1]

46. A lo largo de 2015 la OMS distribuyó 17,2 millones de tratamientos médicos en la República Árabe Siria, en comparación con 13,8 millones distribuidos entre enero y diciembre de 2014. Además, se donaron 34 dispensarios móviles a organizaciones no gubernamentales con el fin de ayudar a prestar servicios sanitarios básicos a poblaciones en zonas de difícil acceso y áreas asediadas en todo el territorio sirio. Desde 2013 la OMS apoyó un total de 14 rondas de campañas nacionales de vacunación contra la poliomielitis y tres campañas subnacionales. Las primeras campañas nacionales efectuadas en 2013 permitieron vacunar a 2 432 751 niños menores de 5 años, mientras que las dos últimas campañas solo llegaron al 80% de los 2,9 millones de niños a los que se preveía vacunar. Los esfuerzos para llevar a cabo las dos últimas campañas se vieron obstaculizados por los problemas de seguridad, y el bloqueo de las actividades de inmunización impuesto por el Estado Islámico (EI)[2] obligó a suspenderlas en las provincias de Ar-Raqqa y Deir-ez-Zor, así como en el distrito de Palmira de la provincia de Homs. Además, en abril de 2015 se vacunó a 1,6 millones de niños contra el sarampión. El número de sitios centinela que transmiten información al sistema de pronta alerta y respuesta aumentó de 104 en 2012, a 995 en 2015; el 30% de ellos están en zonas de difícil acceso. A la luz del brote aparecido en el Iraq, la OMS elaboró junto con los asociados un plan «Whole of Syria» de emergencia y preparación contra el cólera.

47. La crisis ha sobrecargado gravemente los sistemas de salud de los países vecinos que acogen refugiados. La OMS está colaborando con los gobiernos de esos países y los asociados del sector sanitario para evaluar, vigilar y prevenir importantes riesgos de salud pública y problemas del sector sanitario relacionados con el significativo incremento del número de pacientes ambulatorios y hospitala-

[1] En consonancia con las resoluciones 2139 (2014), 2165 (2014) y 2191 (2014) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

[2] También denominado Estado Islámico en el Iraq y el Levante (EIIL o ISIS), y *Daesh*.

rios y de las crecientes necesidades de medicamentos, especialmente para tratamiento de enfermedades no transmisibles. Otros problemas existentes son la necesidad de capacitar personal y hacer frente a problemas de salud mental, tuberculosis, leishmaniasis y otras cuestiones de salud pública específicas de la población de refugiados. La OMS dispone de equipos en todos los países vecinos y de un equipo de coordinación en Ammán para apoyar a todos los países afectados por la crisis.

48. Si bien es mucho lo que se ha conseguido, las necesidades humanitarias siguen aumentando. Las deficiencias persisten debido al aumento de las necesidades sanitarias; la dificultad para acceder a las poblaciones que necesitan asistencia, como consecuencia de la inseguridad y las restricciones burocráticas impuestas por las autoridades; y la limitada capacidad operacional y de financiación de los asociados. En 2015, los sectores sanitarios de la República Árabe Siria y los países vecinos solicitaron US$ 687,2 millones, de los cuales la oficina de la OMS en la República Árabe Siria necesita US$ 131,6 millones para seguir suministrando medicamentos vitales, insumos y equipos médicos a un creciente número de personas cada vez más vulnerables; fortalecer el manejo de los traumatismos; ampliar la prestación de servicios de inmunización; dispensar servicios de salud mental y de rehabilitación física; reforzar las ayudas a los servicios de salud en los países vecinos; y apoyar un sistema regional de vigilancia y respuesta a las enfermedades transmisibles. Hasta el 31 de diciembre de 2015, la Oficina de la OMS en la República Árabe Siria había recibido solo el 56% de los fondos solicitados.

Yemen

49. Desde el inicio del levantamiento, en marzo de 2015, la violencia en el Yemen se ha intensificado bruscamente y ha generado un aumento extraordinario de las necesidades de asistencia humanitaria. Los daños y la destrucción de la infraestructura civil son generalizados. Las restricciones a las importaciones comerciales han provocado la grave escasez y el encarecimiento repentino de productos básicos tales como combustibles, alimentos y medicamentos. La mayor parte de los centros de salud de los distritos acuciados por riesgos para la seguridad han dejado de funcionar o funcionan solo parcialmente. Al menos 160 centros de salud de todo el país han debido cerrar por falta de medicamentos, insumos, equipo y combustible para alimentar los generadores, dado que el suministro eléctrico es cada vez más imprevisible. La salida de profesionales sanitarios que huyen de la violencia ha provocado escasez de personal sanitario cualificado y, consiguientemente, carencias en los servicios de atención primaria de salud, traumatología, cirugía y obstetricia en las zonas en que persiste el conflicto. Unos 2,6 millones de niños menores de 15 años están expuestos a contraer el sarampión; otros 2,5 millones de niños menores de 5 años corren riesgo de sufrir enfermedades diarreicas, y 1,3 millones podrían contraer infecciones respiratorias agudas.

50. Más de 1,4 millones de personas se han visto obligadas a abandonar sus hogares, además de los 250 000 desplazados internos que viven actualmente en el país. Esas cifras siguen aumentando a medida que el conflicto persiste. En consecuencia, 15,2 millones de personas necesitan asistencia humanitaria con urgencia, y de ellos, 10,3 millones requieren intervenciones sanitarias. Debido a los combates, la prestación de asistencia vital es extremadamente difícil y riesgosa.

51. La OMS tiene una oficina principal en Saná y dos oficinas secundarias en Aden y Hodeida, así como una oficina de enlace en Ammán (Jordania) y una base logística en Djibouti, con 75 trabajadores nacionales y 17 internacionales (10 de estos últimos en el Yemen). Todo el personal de las Naciones Unidas tiene su base en Saná o presta apoyo a distancia desde bases en Ammán y Djibouti. A raíz de los intensos combates, las Naciones Unidas debieron aplazar los planes para reforzar su presencia en seis centros de asistencia humanitaria (Saná, Aden, Hodeida, Saada, Taiz y Hadramout).

52. La OMS codirige el Grupo de Acción Sanitaria de 20 asociados, junto con el Ministerio de Salud Pública y Población. A pesar del deterioro de la situación de seguridad, el acceso restringido de la ayuda humanitaria y la limitada disponibilidad de financiación externa, la OMS y sus asociados han

respondido a las crecientes necesidades sanitarias de la población asegurando la funcionalidad de los principales servicios de salud, la reapertura de servicios de salud cerrados y el mantenimiento de la cadena de suministros de medicamentos y la cadena de frío para las vacunas.

53. A partir de marzo de 2015 la OMS prestó apoyo al Ministerio de Salud Pública y Población en la adquisición y distribución de más de 181 toneladas de medicamentos, suministros médicos y vacunas, la capacitación y el despliegue de 50 equipos médicos móviles y 20 fijos en 11 distritos, la dotación de personal para 18 hospitales en siete de los distritos más afectados, y el suministro de 780 190 litros de combustible para mantener en funcionamiento ambulancias, sistemas de cadena de frío y servicios de salud (incluidos 51 hospitales, 7 centros principales, 6 depósitos de vacunas y 8 centros de diálisis renal). Junto con los asociados en pro de la salud, la OMS contribuyó a dispensar tratamiento a unos 1,2 millones de pacientes, así como a otros 24 641 pacientes que necesitaban atención traumatológica y quirúrgica. La OMS suministró agua potable, insumos de higiene y material de limpieza a desplazados internos en todos los distritos afectados. De los 5,7 millones de niños menores de 5 años (el 95%) que se preveía vacunar contra la poliomielitis, se vacunó a 5,4 millones, y de los 1,8 millones de niños de 6 meses a 15 años (el 83%) que se preveía vacunar contra el sarampión en zonas de alto riesgo, se vacunó a más de 1,5 millones. Desde principios de 2015 se generaron e investigaron 2082 notificaciones de alerta de enfermedades mediante el sistema de vigilancia, y se prestó apoyo al Ministerio de Salud Pública y Población en el desarrollo y aplicación de planes de lucha contra el dengue y el cólera.

54. La falta de financiación y las restricciones de acceso están obstaculizando los trabajos de respuesta orientados a subsanar deficiencias críticas en la prestación de servicios de salud para la población afectada. En 2015, el Grupo de Acción Sanitaria solicitó US$ 152 millones, incluidos US$ 70 millones para la OMS, con el fin de satisfacer las necesidades sanitarias de 10,3 millones de beneficiarios, entre ellos 1,4 millones de desplazados internos. Al 31 de diciembre de 2015, el déficit de financiación de la OMS era del 45%.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

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

ANEXO 1

LISTA DE EMERGENCIAS AGUDA/CLASIFICADAS Y PROLONGADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE EXAMEN (1 DE ENERO - 31 DE DICIEMBRE DE 2015)

País, territorio o zona/emergencia	**Tipo de crisis**	**Fecha de clasificación inicial de la emergencia**	**Fecha de revisión de la clasificación**	**Grado actual***
Afganistán	terremoto	29/10/2015		1
Burundi	conflicto/disturbios civiles	18/05/2015		1
Camerún	conflicto/disturbios civiles	01/04/2015		2
Etiopía	inseguridad alimentaria, El Niño	18/11/2015		2
Filipinas	conflicto/disturbios civiles	10/03/2015		1
	tifón Koppu	22/10/2015		1
Guinea	brote de ebola	26/07/2014		3
Iraq	conflicto/disturbios civiles	12/08/2014		3
Jordania	desplazamiento de refugiados – conflicto en la República Árabe Siria	03/01/2013		3
Líbano	desplazamiento de refugiados – conflicto en la República Árabe Siria	03/01/2013		3
Liberia	brote de ebola	26/07/2014		3
Libia	conflicto/disturbios civiles	28/08/2014		1
Madagascar	inundaciones	09/03/2015 (grado 2)	19/03/2015	1
Malawi	inundaciones	20/01/2015		2
Malí	conflicto/disturbios civiles	16/10/2015		1
Micronesia (Estados Federados de)	ciclón Maysak	02/04/2015		1
Mozambique	inundaciones	28/01/2015		2
Myanmar	inundaciones	10/08/2015		2
Nepal	terremoto	27/04/2015 (grado 3)	23/06/2015	1
Níger	conflicto/disturbios civiles	07/04/2015		2
Nigeria	conflicto/disturbios civiles	07/04/2015		2
República Árabe Siria	conflicto/disturbios civiles	03/01/2013		3
República Centroafricana	conflicto/disturbios civiles	13/12/2013 (grado 3)	25/05/2015	2
República Unida de Tanzanía	desplazamiento de refugiados	18/05/2015		1
	conflicto/disturbios civiles	15/12/2015		2
Sierra Leona	brote de ebola	26/07/2014		3
Sudán del Sur	conflicto/disturbios civiles	12/02/2014		3
Turquía	desplazamiento de refugiados – conflicto en la República Árabe Siria	03/01/2013		3
Tuvalu	ciclón Pam	16/03/2015		1
Ucrania	conflicto/disturbios civiles	20/02/2014		2

País, territorio o zona/emergencia	Tipo de crisis	Fecha de clasificación inicial de la emergencia	Fecha de revisión de la clasificación	Grado actual*
Vanuatu	ciclón Pam	16/03/2015		2
Yemen	conflicto armado	04/04/2015 (grado 2)	01/07/2015	3
Afganistán	prolongada	no disponible		no disponible
Burkina Faso	prolongada	no disponible		no disponible
Camerún	prolongada	no disponible		no disponible
Chad	prolongada	no disponible		no disponible
Djibouti	prolongada	no disponible		no disponible
Eritrea	prolongada	no disponible		no disponible
Etiopía	prolongada	no disponible		no disponible
Gambia	prolongada	no disponible		no disponible
Malí	prolongada	no disponible		no disponible
Mauritania	prolongada	no disponible		no disponible
Myanmar	prolongada	no disponible		no disponible
Níger	prolongada	no disponible		no disponible
Nigeria	prolongada	no disponible		no disponible
Pakistán	prolongada	no disponible		no disponible
República Democrática del Congo	prolongada	no disponible		no disponible
Ribera Occidental y Franja de Gaza	prolongada	no disponible		no disponible
Senegal	prolongada	no disponible		no disponible
Somalia	prolongada	no disponible		no disponible
Sudán	prolongada	no disponible		no disponible

ANEXO 2

BROTE DE ENFERMEDAD POR EL VIRUS DE ZIKA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

1. En mayo de 2015 el Brasil fue el primer país de la Región de las Américas que confirmó la circulación en su territorio del virus de Zika transmitido por mosquitos. Desde entonces, el virus se ha propagado rápidamente por todo el continente americano y, más recientemente, a otras regiones. Al 27 de abril de 2016, 55 países informaron de la transmisión en su territorio de este virus a través de mosquitos. El principal vector es el mosquito *Aedes aegypti*. La gran mayoría de los países afectados (35 de ellos) se encuentran en la Región de las Américas, pero países de África y Asia meridional, así como países insulares del Pacífico, también han notificado la transmisión por mosquitos de este virus. El 1 de febrero de 2016 la OMS declaró que el brote era una emergencia de salud pública de importancia internacional (con un grado interno 2), a la luz de las pruebas cada vez más numerosas de que la infección por el virus de Zika en las mujeres embarazadas se asocia con una mayor incidencia de microcefalia, una anomalía congénita rara, así como de otros trastornos neurológicos relacionados. Asimismo, hay pruebas científicas sólidas que indican que esta infección se asocia con una mayor incidencia de síndrome de Guillain-Barré, una complicación neurológica grave y poco común que afecta a los adultos. A la luz de un conjunto de investigaciones preliminares cada vez mayor, ya hay un consenso entre los científicos con respecto a que el virus de Zika causa microcefalia y síndrome de Guillain-Barré. Al 27 de abril de 2016, ocho países habían notificado más de 1100 casos confirmados de microcefalia (la gran mayoría en Brasil) que podrían estar asociados con este virus. Además, en ocho países se ha registrado una incidencia anormalmente elevada de casos de síndrome de Guillain-Barré que también podrían estar asociados con la infección por el virus de Zika.

2. En respuesta a este brote, la Oficina Regional de la OMS para las Américas colabora estrechamente con los países afectados desde mayo de 2015 y, desde febrero de 2016, ha enviado más de 16 misiones de cooperación técnica a los países afectados y a países en que había riesgo de propagación de la infección. Tras la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional, la OMS activó un sistema mundial de gestión de incidentes y, el 14 de febrero, puso en marcha un Marco mundial de respuesta estratégica y un Plan conjunto de operaciones para dirigir la respuesta internacional a la propagación de la infección por el virus y a las complicaciones asociadas. El propósito de la Organización es movilizar y coordinar a sus asociados para que ayuden a los países afectados y en riesgo en tres áreas principales: la vigilancia, la respuesta y la investigación. La respuesta mundial de la OMS al brote se coordina desde su Sede en Ginebra y se puso en marcha gracias al rápido desembolso de US$ 3,8 millones del Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias.

3. Aunque el rápido desembolso de fondos para contingencias permitió activar las etapas iniciales de esta respuesta, su continuidad está comprometida debido al déficit de financiación de más de US$ 21 millones del total de US$ 25 millones solicitados por la OMS y la OPS para la ejecución de las actividades previstas en el Marco de respuesta estratégica durante seis meses, de enero a junio de 2016. A fin de que se movilicen recursos para las actividades de los asociados, la Organización trabaja estrechamente con la Oficina del Secretario General de las Naciones Unidas para establecer un Fondo Fiduciario de Asociados Múltiples para la Respuesta a la infección por el virus de Zika.

4. En los próximos meses, la OMS y sus asociados pondrán un mayor acento en agilizar la obtención de nuevas pruebas diagnósticas para mujeres, mejorar la comunicación eficaz de los riesgos para las comunidades afectadas o que corren riesgo de estarlo, ayudar a las embarazadas, intensificar la lucha antivectorial y obtener lo antes posible una vacuna segura y eficaz.

Brote de fiebre amarilla en Angola

5. A finales de diciembre de 2015 se detectó en Angola un brote de fiebre amarilla y se observó un rápido aumento del número de casos sospechosos en este país africano. El 12 de febrero de 2016 la OMS declaró que el evento constituía una emergencia de grado 2. Al 24 de abril Angola había notificado 2023 casos sospechosos y 258 fallecimientos. El 23 de abril de 2016 la República Democrática del Congo declaró oficialmente un brote de la enfermedad; al 26 de abril, este país había notificado 37 casos. Por su parte China, Kenya y Mauritania confirmaron 11, dos y un caso, respectivamente.

6. En Uganda se habían registrado, al 27 de abril de 2016, 39 casos de fiebre amarilla en siete distritos. De acuerdo con la información disponible, no parece que estos conglomerados guarden relación epidemiológica con la cadena angoleña.

7. La propagación de casos de fiebre amarilla a otros países (China, República Democrática del Congo, Kenya y Mauritania) aumenta el riesgo de que aparezcan brotes en varios países. Además, la escasa disponibilidad de vacunas a nivel mundial y la limitada capacidad de respuesta suscitan, si cabe, más preocupación. Puesto que el riesgo de que aparezcan brotes depende de la inmunidad de la población y de la densidad del vector, los mosquitos del género *Aedes*, este riesgo es particularmente alto en las zonas urbanas donde la población no está inmunizada y la densidad del vector es elevada.

8. La OMS ha aconsejado a todos los países vecinos de Angola (Congo, República Democrática del Congo, Namibia y Zambia), así como a aquellos en los que un gran número de personas viajan hacia y desde Angola, que pongan en marcha una estricta vigilancia en los puntos de entrada tanto de los posibles casos como del historial de vacunación contra la fiebre amarilla de los viajeros, y que intensifiquen las actividades de vigilancia de conformidad con el sistema integrado de vigilancia y respuesta sanitarias y el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

9. A finales de enero de 2016 la OMS envió a Angola un equipo de investigación sobre el terreno para evaluar la situación relativa a la fiebre amarilla. Además, se estableció un equipo de gestión de incidentes para coordinar la respuesta. La Organización, en colaboración con los Gobiernos de Angola y de la República Democrática del Congo, ha elaborado estrategias de respuesta a nivel nacional, regional y mundial a fin de que movilizar rápidamente recursos para contener el brote lo antes posible y para evitar que se propague a otros países. El 27 de abril de 2016 se llevaron a cabo campañas de vacunación en Huambo y Benguela en las que se vacunó, respectivamente, a más del 59% y el 70% de la población para la que se había previsto la intervención. Es necesario aumentar la frecuencia de estas campañas de vacunación a fin de detener la circulación del virus.

= = =