Organización Mundial de la Salud

70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD **A70/11**
Punto 12.1 del orden del día provisional **13 de abril de 2017**

Coordinación del personal de salud en emergencias con consecuencias sanitarias

Informe de la Secretaría

1. En el presente informe se describe la labor que la OMS está poniendo en marcha a escala mundial, regional y nacional para mejorar la coordinación de la respuesta a las emergencias con consecuencias sanitarias. Para asegurar la predictibilidad, coherencia y eficacia de las operaciones de emergencia es crucial una estrecha coordinación de todos los agentes sanitarios en las emergencias y de la colaboración con los agentes de otros sectores. Un concepto fundamental para mejorar la coordinación es el cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias, que comprende a todos los agentes nacionales e internacionales de redes y alianzas que participan en la respuesta. Entre estas redes y alianzas se encuentran la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, el Grupo de Acción Sanitaria Mundial, los equipos médicos de emergencia, los asociados permanentes y otros miembros del Comité Permanente entre Organismos.

2. En el presente informe se describen las medidas que ha tomado la OMS para reforzar la coordinación interna de la respuesta a las emergencias en los tres niveles de la Organización y la coordinación externa con asociados que colaboran en las emergencias con consecuencias sanitarias. Una versión anterior de este informe fue examinada por el Consejo Ejecutivo en su 140.ª reunión celebrada en enero de 2017.[1]

3. La historia reciente nos enseña que el mundo no está del todo preparado para prevenir emergencias sanitarias de grandes proporciones, detectarlas y responder a ellas. La OMS sigue de cerca 160 eventos de salud pública al año, y entre enero y octubre de 2016 respondió a emergencias en 47 países (véase el informe complementario elaborado por la Secretaría sobre la respuesta de la OMS a las emergencias graves a gran escala).[2] En los dos últimos decenios se han producido brotes importantes tanto de enfermedades emergentes[3] como de enfermedades «tradicionales» que tienden a manifestarse en forma de brote.[4] Se calcula que en el mundo hay 130 millones de personas necesitadas de asistencia humanitaria, así como más de 200 millones de personas que cada año sufren las consecuencias de un desastre de origen natural o tecnológico. De ahí que la necesidad de una mejor coordi-

[1] Documento EB140/10; véase también el acta resumida de la 140.ª reunión del Consejo Ejecutivo, segunda sesión, sección 3 y cuarta sesión.

[2] Documento EB140/7.

[3] Tales como: síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), infección por virus de la gripe aviar A(H5N1), gripe A(H1N1), o síndrome respiratorio de Oriente Medio por coronavirus (MERS-CoV), enfermedad por el virus del Ebola y enfermedad por el virus de Zika.

[4] Tales como la fiebre amarilla, el cólera, la meningitis o el sarampión.

nación entre los diversos agentes implicados en la preparación y la respuesta ante emergencias sanitarias sea hoy más acuciante que nunca.

COORDINACIÓN ENTRE LOS TRES NIVELES DE LA OMS

4. En respuesta a la petición formulada por el Consejo Ejecutivo en su reunión extraordinaria sobre la emergencia del ebola, que tuvo lugar en enero de 2015,[1] y atendiendo a muchas de las recomendaciones resultantes de las sucesivas evaluaciones realizadas durante la crisis del ebola en África occidental y después de ella, la OMS ha emprendido una profunda reforma de su modo de trabajar en el curso de emergencias con consecuencias sanitarias. En mayo de 2016 la Asamblea de la Salud acogió con beneplácito los progresos realizados en el desarrollo del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias.[2]

5. El Programa fue creado y concebido para gestionar la labor de la OMS en materia de prevención de emergencias, preparación para ellas, respuesta cuando se produzcan y pronta recuperación ulterior, con independencia del peligro de que se trate, ya sean enfermedades infecciosas, desastres naturales o conflictos sociales. El Programa, armonizado en los tres niveles de la OMS, se inscribe ahora en una estructura común que responde a las principales funciones de la Organización por lo que respecta a la gestión del riesgo de emergencias: gestión de peligros infecciosos; preparación en los países (con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005)); información sobre las emergencias sanitarias y evaluación de riesgos al respecto; operaciones de emergencia; y gestión y administración. En el curso de los próximos 12 a 18 meses se pondrán en práctica todos los aspectos del Programa y se optimizarán las alianzas y redes para potenciar las capacidades sistémicas en el trabajo relacionado con las emergencias sanitarias. A este respecto, ya se están observando progresos.

6. Se están elaborando procedimientos operativos normalizados para garantizar que en todos los ámbitos del Programa se apliquen planteamientos coherentes en materia de información sobre emergencias sanitarias, evaluación de riesgos, clasificación y respuesta de emergencia. La OMS está mejorando la gestión de sus operaciones de emergencia con la adopción e institucionalización de un sistema de gestión de incidentes, práctica óptima que aplican cada vez con más frecuencia organismos de salud pública y gestión de emergencias de todo el mundo. Con arreglo a ese sistema, en cada país se implantan una serie de funciones básicas de gestión de emergencias, complementadas por equipos de apoyo que desde el nivel regional y desde la Sede prestan servicios de respaldo técnico y operativo y de supervisión.

7. Con la respuesta al brote de enfermedad por el virus Zika se pudo comprobar que este nuevo planteamiento se aplica eficazmente a episodios que afectan a múltiples países o regiones. Tras la declaración del brote como emergencia de grado 2 (el 22 de enero de 2016), la OMS estableció rápidamente un sistema de gestión de incidentes que interesaba al conjunto de la Organización con objeto de respaldar las actividades que tenía en marcha la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas y de coordinar la respuesta mundial. El hecho de que el sistema tuviera una estructura homogénea en el conjunto de la Organización confirió más eficacia a la labor de comunicación e intercambio de información y mayor coherencia a las prioridades fijadas. Dentro de la semana que siguió a la clasificación de la emergencia se liberaron US$ 2,6 millones del Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias, lo que facilitó la adopción de medidas esenciales de respuesta rápida en la Región de las Américas. Para mediados de febrero de 2016, la OMS había publicado 16 documentos provisionales de orientación técnica relacionados con el Zika. Trabajando en estrecha colaboración con sus asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante

[1] Véase la resolución EBSS3.R1 (2015).

[2] Véanse la decisión WHA69(9) (2016) y los documentos A69/30 y A69/61.

Brotes Epidémicos, el Comité Permanente entre Organismos y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, el equipo de planificación de la gestión de incidentes dirigió la elaboración de un plan mundial de respuesta estratégica y un plan de operaciones conjuntas que federaba a los asociados a escala regional y mundial. También se establecieron equipos de gestión de incidentes en otras regiones para coordinar más estrechamente las actividades de respuesta. Todo ello, sumado a una activa labor de comunicación, ha fortalecido la coordinación y planificación de un cuerpo de profesionales sanitarios específico para esta emergencia, mejorado el apoyo prestado a los países y potenciado la función de liderazgo mundial de la OMS.

8. Con objeto de armonizar e integrar en mayor medida la planificación, presupuestación y realización de las actividades en los tres niveles de la Organización y de establecer cadenas claras de rendición de cuentas, se ha dotado al Programa de un marco bienal de resultados, que servirá para seguir de cerca la progresión hacia objetivos específicos de coordinación, con una serie de resultados definidos y cuantificables que deben obtenerse con los países y asociados. Además, para conferir mayor interfuncionalidad y subsanar las carencias que presenta en ciertas competencias, se está reforzando la capacidad del Programa en materia de recursos humanos con personal adicional en todas las oficinas y con listas de respuesta a emergencias con personal del Programa y ajeno a él.

COORDINACIÓN A ESCALA MUNDIAL

Comité Permanente entre Organismos

9. El Comité Permanente entre Organismos (IASC), principal mecanismo de coordinación de la asistencia humanitaria entre diversos organismos, es un foro que aglutina a la mayoría de las principales entidades que intervienen en labores humanitarias, pertenezcan o no al sistema de las Naciones Unidas. La OMS participa activamente en los principales órganos del Comité: el grupo de jefes de los organismos miembros, encargado de supervisar las prioridades y estrategias mundiales de la acción humanitaria colectiva, en el que el Director General representa a la Organización; el Grupo de Dirección para Emergencias, que se ocupa de las prioridades y cuestiones operativas en los países; y el Grupo de Trabajo, que supervisa la elaboración de las políticas y orientaciones comunes a los distintos organismos.

10. El Comité Permanente entre Organismos ya cuenta con claros protocolos y procesos para aportar una respuesta colectiva y coordinada a desastres naturales o conflictos de grandes proporciones que requieran la movilización del conjunto del sistema (las llamadas emergencias «de nivel 3»). Hoy por hoy no existen mecanismos y procesos semejantes que se apliquen a los brotes de grandes dimensiones. En su decisión WHA69(9), la Asamblea de la Salud alentó a la OMS a fomentar «la colaboración continua con la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas con miras a mejorar en todo el sistema la coordinación humanitaria de la respuesta a futuros peligros infecciosos a gran escala».

11. A tal efecto, la OMS ha colaborado estrechamente con el Grupo de Dirección para Emergencias del Comité Permanente entre Organismos para elaborar nuevos protocolos de dirección y coordinación en el caso de eventos de grandes proporciones causados por peligros de tipo infeccioso, basándose para ello en los mecanismos ya existentes del Comité. Ante tales eventos, los nuevos protocolos permiten la activación del nivel 3 entre organismos, así como la ampliación temporal del Comité Permanente entre Organismos para que, en función de las necesidades, dé cabida a la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos y a las principales instituciones de salud pública que intervengan en la respuesta, formando así lo que se conocerá como «IASC+».

12. Los procedimientos recién definidos incluyen: una evaluación de la situación sujeta a plazos definidos, a cargo de la OMS y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones

Unidas; un proceso de consulta y adopción de decisiones coordinado con el Grupo de Dirección para Emergencias (y, si procede, otros interlocutores no pertenecientes al Comité Permanente entreOrganismos, como la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos cuando se trate de riesgos o eventos ligados a enfermedades infecciosas); recomendaciones dirigidas al grupo de jefes de los organismos miembros del Comité Permanente; y elementos explícitos de activación y desactivación. Asimismo, con carácter inmediato, se comunicarán las prioridades de la respuesta estratégica conjunta y se asignarán recursos del Fondo Central de las Naciones Unidas para la Acción en Casos de Emergencia en apoyo de dichas prioridades; además, se realizará un examen de los dispositivos de coordinación y dirección dentro de los 7 a 10 días siguientes.

13. Estos procedimientos de activación del IASC+ han sido aprobados por los jefes de los organismos miembros del Comité Permanente en diciembre de 2016.

Grupo de Acción Sanitaria Mundial

14. El trabajo por grupos de acción dependientes del Comité Permanente entre Organismos constituye un mecanismo fundamental para coordinar la labor sectorial en el curso de emergencias humanitarias. El grupo de acción sanitaria está activado hoy por hoy en 24 países, donde dichos grupos prestan apoyo al quehacer de las autoridades nacionales para atender las necesidades sanitarias de 72,2 millones de personas afectadas por una u otra crisis. El Grupo de Acción Sanitaria Mundial comprende 48 asociados, entre organizaciones internacionales y organismos de las Naciones Unidas, agentes no estatales, autoridades nacionales, instituciones universitarias y de formación y organismos donantes. Asimismo, hay más de 300 asociados que trabajan a escala nacional.

15. La OMS está en vías de contratar a 24 coordinadores de grupos de acción sanitaria, con los que suscribirá contratos de larga duración para asegurar la presencia en los países de una dirección más previsible, cualificada y dedicada específicamente a la cuestión. A fin de apoyar a los países en las labores de coordinación de los asociados operacionales presentes en cada país y de acrecentar la capacidad operativa y técnica, se está seleccionando personal adicional con el que confeccionar listas de despliegue rápido mediante un trabajo de prospección y análisis de las carencias. También se está implantando un nuevo plan multianual de desarrollo destinado a reforzar y mantener las capacidades del Grupo.

16. Se está tratando de reforzar la colaboración y la coordinación con otros grupos de acción (por ejemplo, los de nutrición, agua y saneamiento, ayuda alimentaria y logística) con el fin de mejorar la respuesta global a las emergencias con consecuencias sanitarias. La OMS tiene una importante función en el Grupo de Coordinación entre grupos de acción a nivel mundial y está colaborando más estrechamente con otros grupos de acción en contextos tales como la respuesta humanitaria a la crisis del norte de Nigeria y el brote de cólera en el Yemen. La colaboración entre grupos de acción es también un elemento clave del protocolo IASC+ del Comité Permanente entre Organismos.

Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos

17. La mejora y ampliación de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), que es un sistema formado por más de 200 asociados técnicos de múltiples disciplinas, es una de las prioridades del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Para hacerla realidad se está procediendo a: potenciar las funciones de supervisión, elaboración de políticas y secretaría de la Red; seleccionar nuevos asociados y empezar a trabajar con ellos, afianzando a la vez las relaciones de colaboración ya existentes; reforzar la capacidad de la Red para hacer uso de expertos del cuerpo de profesionales sanitarios para emergencias y para proporcionar apoyo operativo, específicamente en cuanto a la salud y seguridad del personal; y organizar actividades de formación conjuntas con los asociados para mejorar la coordinación sobre el terreno.

18. El Comité Directivo de la Red que consta de 21 miembros, se reúne cada seis meses para marcar la orientación estratégica de desarrollo y operaciones de la Red; en este sentido ha acordado las prioridades de desarrollo y operaciones de «GOARN 2.0».

19. Desde principios de 2016, los asociados de la Red han intervenido más activamente en las labores de alerta, evaluación de riesgos, preparación y respuesta, y han celebrado consultas periódicas por teleconferencia para secundar rápidas evaluaciones conjuntas de brotes incipientes y reforzar la coordinación y planificación del trabajo internacional de respuesta y apoyo a los países. En octubre de 2016 se celebró en San Petersburgo (Federación de Rusia) la primera reunión regional europea de asociados de la Red.

20. La OMS también está estudiando fórmulas para intensificar la participación de la Red en los medios de alerta y respuesta de los países, así como el apoyo a esos medios, por conducto de la iniciativa de Evaluación Externa Conjunta (inscrita en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)), lo que incluye la capacidad necesaria para desplegar y recibir a expertos internacionales.

21. El equipo de apoyo operativo de la Red colabora estrechamente con el Grupo de Acción Sanitaria Mundial, los equipos médicos de emergencia y otros interlocutores para instituir una formación internacional de respuesta a brotes dirigida por la Red, coordinar la participación de los asociados a través de un nuevo grupo mundial de formadores y facilitar nuevos materiales y cursos de formación.

Equipos médicos de emergencia

22. La secretaría de los equipos médicos de emergencia gestiona desde la OMS los procesos de formación, creación de capacidad, elaboración de normas y garantía de calidad al servicio de esta iniciativa mundial. Los objetivos generales son dotar a los países de medios de acción más robustos para responder a emergencias con consecuencias sanitarias en el marco de la iniciativa del cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias y crear mecanismos para que los centros nacionales de operaciones de emergencia sanitaria pongan en práctica y coordinen eficazmente esos medios de acción, entre otras cosas recurriendo a equipos de países vecinos o de dimensión regional o mundial para que aporten capacidad temporal de respuesta ante un aumento súbito de las necesidades, con arreglo a los principios establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

23. Se ha elaborado un sistema de garantía y verificación de la calidad sujeto a examen por homólogos que permite a los equipos médicos de emergencia dispensar atención directa a los pacientes en el curso de desastres, brotes y demás emergencias con consecuencias sanitarias. Más de 75 organizaciones han iniciado el proceso de tutoría, formación y mejora de la calidad, 30 de las cuales fueron visitadas en 2015, y ahora hay siete equipos que, según se ha comprobado, cumplen los criterios internacionalmente acordados.[1]

24. En coordinación con la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, la secretaría de los equipos médicos de emergencia, sita en la OMS, ha establecido un dispositivo de coordinación para trabajar con otros tipos de equipos de respuesta rápida, en especial los que intervienen en labores de búsqueda y salvamento. Este sistema, que está activo en cuestión de minutos después de un desastre, utiliza el Centro virtual de coordinación de operaciones sobre el terreno, establecido conjuntamente, para registrar la llegada de los equipos y remitirlos a los mecanismos de coordinación del país afectado dependientes del ministerio de gestión de emergencias o el ministerio de sa-

[1] En Australia, China, Israel, la Federación de Rusia (dos equipos), el Japón y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

lud, con apoyo de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas y de la OMS. El sistema, ensayado por primera vez a raíz del terremoto que asoló el Nepal en 2015, resultó muy útil para coordinar a los 149 equipos que respondieron a esa catástrofe, con intervención, según las estimaciones, de 3500 personas de perfil médico. Esta conclusión pudo corroborarse en 2016 en el Ecuador.

25. Se ha definido de común acuerdo un conjunto mínimo de datos que los equipos médicos de emergencia deben comunicar al Estado Miembro afectado cuando estén trabajando en él, lo que garantiza una circulación normalizada de la información que alimenta el sistema de alerta anticipada en caso de brote epidémico, creando de este modo sitios centinela de notificación que permiten reaccionar al sistema de salud afectado.

26. La iniciativa de los equipos médicos de emergencia ha intervenido más activamente en el curso de emergencias complejas y prolongadas, participando en tareas de coordinación y planificación operativa en el Iraq, Nigeria y el Yemen. En 2017, la secretaría de los equipos médicos de emergencia sigue trabajando desde la OMS para: definir rápidamente grupos de trabajo centrados en las actividades sobre el terreno para mejorar otros aspectos del despliegue de los equipos; seguir dotando de mayor capacidad a los equipos de respuesta rápida de atención clínica y salud pública; y mejorar los sistemas de coordinación de las operaciones de respuesta nacionales e internacionales o bilaterales, potenciando para ello los centros de operaciones para emergencias sanitarias de los Estados Miembros afectados.

Asociados permanentes

27. La iniciativa de la OMS relativa a los asociados permanentes, puesta en marcha en 2013, es un elemento cada vez más importante de la labor de la OMS para coordinar la respuesta a emergencias humanitarias y un complemento destacado de los demás dispositivos conjuntos de respuesta en que participa la Organización. La OMS tiene suscritos acuerdos mundiales con siete asociados[1] y está en condiciones de disponer rápidamente de personal muy cualificado del Cuerpo Mundial para Emergencias Sanitarias, con diversos perfiles profesionales en temas técnicos y humanitarios, y de desplegarlo sobre el terreno sin tardanza para respaldar las labores de emergencia en materia de gestión de información y datos, cartografía, agua y saneamiento, nutrición, salud pública, logística, gestión de proyectos y trabajo social, principalmente.

28. Por conducto de la Asociación Humanitaria Internacional se están negociando otras dos alianzas con organismos gubernamentales para secundar despliegues específicos, así como conjuntos de servicios sumamente especializados. Está previsto seguir ampliando el proceso, para lo cual se determinarán las deficiencias de capacidad existentes y se buscarán oportunidades de concertar nuevas alianzas. También está programado un análisis de las necesidades de formación, que se llevará a cabo en áreas prioritarias, para lograr un mayor grado de armonización entre las alianzas.

Apoyo operativo y logística

29. El Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS proporciona orientación y apoyo técnico a la iniciativa Global Supply Chain [cadena mundial de suministro] para las labores de preparación y respuesta ante una pandemia. Esa iniciativa, que echó a andar en el Foro Económico Mundial de 2015

[1] International Civilian Response Corps (CANADEM), el Programa de Administración de Información y Actividades Relacionadas con las Minas (iMMAP), el organismo de servicios a las empresas (Enterprise Agency) de los Países Bajos, la ONG Consortium for the Global Health Cluster, el Consejo Noruego para los Refugiados, RedR Australia y el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido.

bajo la dirección del PMA y con participación del UNICEF, el Banco Mundial y varias empresas de suministro del sector privado, tiene por objetivo estudiar posibles fórmulas o métodos de preparación en relación con la cadena de suministro publicoprivada a fin de hacer un seguimiento más exacto de los recursos mundiales de suministro, estimar las necesidades y establecer mecanismos más eficaces para acceder a los suministros en caso de pandemia o emergencia de salud pública de importancia internacional. Con apoyo de la Universidad de Minnesota (Estados Unidos de América), esta red (oficiosa) está creando un centro de información para coordinar todas las etapas de la cadena de suministro y conferirles visibilidad en las operaciones.

COORDINACIÓN REGIONAL

30. En regiones prioritarias se ha emprendido una labor específica de refuerzo de la capacidad en materia de recursos humanos para que el Programa pueda prestar un apoyo más eficaz a los países vulnerables. Un país en el que este planteamiento ha surtido efectos notorios es la República Árabe Siria, que ahora entra en su sexto año de conflicto sin que haya señal alguna de que la intensidad y el nivel de sufrimiento de la población vayan a menguar. La OMS se ha implicado en mayor medida en la dirección y coordinación de la respuesta del sector de la salud en la República Árabe Siria.

31. En la línea marcada por la reforma del trabajo de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias, se han desplegado más recursos humanos a escala regional y nacional para respaldar la respuesta sanitaria humanitaria instrumentada con arreglo al enfoque «whole of Syria» [la totalidad de Siria], lo que se ha traducido en una coordinación más estrecha gracias a la labor conjunta de planificación y respuesta realizada desde centros neurálgicos situados en Jordania, la República Árabe Siria y Turquía para hacer llegar atención médica de urgencia, incluidas actividades de inmunización, a zonas sitiadas o de difícil acceso. También se han observado mejoras en la obtención de datos normalizados en todo el país.

COORDINACIÓN A ESCALA NACIONAL

32. Las estructuras y mecanismos de coordinación en los países difieren según los medios de acción de que dispongan las autoridades nacionales y locales y según la escala y las características de la emergencia (por ejemplo brote o desastre natural repentino). Para optimizar la respuesta es indispensable contar con estructuras de coordinación sólidas e integradoras, en las que participen asociados locales e internacionales, cada uno con funciones y responsabilidades claras a escala nacional e infranacional. En la medida de lo posible, se promueve y respalda la coordinación del sector de la salud por parte de las autoridades del propio país. Un número creciente de ministerios de salud está estableciendo centros de operaciones de emergencia desde los cuales es posible centralizar la coordinación de la respuesta.

33. En el caso de eventos agudos de salud pública, la rápida intervención de asociados adecuados del cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias, que posean la necesaria capacidad técnica y operativa puede ser suficiente para atajar un brote. Los asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos suelen ser un factor clave en este sentido. A veces, cuando un brote se amplifica, hacen falta mecanismos adicionales de coordinación para poder extraer partido de las capacidades de asociados técnicos e intersectoriales, como ocurrió con la respuesta al brote de ebola en África occidental. En el caso de episodios y brotes causados por zoonosis, como fue el brote de fiebre del Valle del Rift en el Níger, la coordinación con el sector zoosanitario es vital. A este respecto, el reciente brote de infección por virus de la gripe aviar hiperpatógena que asoló el Camerún y el Togo ya puso de manifiesto la gran utilidad que revisten las actividades de formación conjuntas con la Organización Mundial de Sanidad Animal.

34. En el caso de desastres repentinos o ligados a conflictos, pueden estar presentes muy diversas instancias de respuesta del cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias, entre ellas agentes no estatales, equipos médicos de emergencia y organismos técnicos. En tales circunstancias se requiere un mecanismo de coordinación general del sector de la salud, a menudo con equipos de trabajo conexos que se ocupan más en detalle de temas específicos como la atención quirúrgica o la salud reproductiva. A veces también hace falta una célula específica para coordinar los equipos médicos de emergencia.

35. Dependiendo de las circunstancias de la emergencia se puede activar o no oficialmente un grupo de acción sanitaria. En 24 de los 47 países donde la OMS tiene ahora en marcha actividades de respuesta, el principal mecanismo de coordinación es un grupo de acción sanitaria. Pero con independencia del mecanismo de coordinación que se implante, será preciso atenerse a los usos establecidos de buena coordinación, participación clara de los asociados, rendición de cuentas ante las poblaciones afectadas y comunicación transparente, además de forjar, apoyar y utilizar vínculos estrechos y una colaboración activa con otros sectores (nutrición, agua y saneamiento, etc.).

36. La experiencia adquirida con grupos de acción sanitaria pone de relieve algunos de los problemas ligados a la coordinación en los países de la respuesta a emergencias de grandes proporciones. De los 24 grupos de acción sanitaria que están activos, 22 intervienen en un país y dos («Whole of Syria» y el del Pacífico) revisten dimensión subregional. El correspondiente ministerio de salud codirige el grupo de acción sanitaria en un 47% de los casos, mientras que en un 37% lo codirige un agente no estatal asociado. Dieciocho grupos (un 75%) operan en el contexto de una emergencia compleja o un conflicto, y los demás trabajan básicamente en emergencias ligadas al clima.

PRESUPUESTO Y MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

37. Para financiar el trabajo del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS se requerirá una combinación de: financiación básica para costear los gastos de personal y actividades en los tres niveles del Programa; financiación de los US$ 100 millones del Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias; y financiación destinada a costear las actividades en curso para responder a emergencias agudas o prolongadas.

38. Para llevar adelante las actividades básicas del nuevo Programa, la OMS debe recaudar US$ 485 millones en 2016-2017. Sigue faltando un 44%. Los llamamientos vinculados a planes de respuesta humanitaria presentan un déficit de financiación del 66% (el total de fondos solicitados asciende a US$ 656 millones).

39. El Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias ha recaudado US$ 31,5 millones de los US$ 100 millones con los que está previsto dotarlo. Hasta la fecha se han asignado un total de US$ 18,16 millones, destinados a apoyar las actividades de la OMS para responder a crisis humanitarias, brotes epidémicos o los efectos de desastres naturales.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

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

= = =