70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
Punto 12.1 del orden del día provisional

A70/8
1 de mayo de 2017

Informe del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS

La Directora General tiene el honor de transmitir a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud el informe presentado por la Presidenta del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión (véase el anexo).

ANEXO

INFORME DEL COMITÉ INDEPENDIENTE DE ASESORAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARA EL PROGRAMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE LA OMS

I. ANTECEDENTES

1. El Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (en adelante, el «Comité»)[1] tiene la misión de supervisar y vigilar el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (en adelante, el «Programa») y asesorar al Director General.[2] En su 140.ª reunión (enero de 2017), el Consejo Ejecutivo tomó nota del primer informe del Comité.[3] El informe se dio a conocer al Secretario General de las Naciones Unidas y al Comité Permanente entre Organismos.[4]

2. En ese primer informe, basado en las actividades realizadas de mayo a diciembre de 2016, se examinaba el estado de la aplicación del Programa en toda la Organización.[5] También figuraban observaciones acerca de la respuesta de la OMS al brote de enfermedad por el virus de Zika en Colombia basadas en una visita sobre el terreno[6], así como observaciones acerca del brote de fiebre amarilla en Angola y la República Democrática del Congo basadas en un examen documental.[7]

3. En ese primer informe se concluyó que el sistema de gestión de incidentes relacionados con el virus de Zika había funcionado eficazmente y que la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional había propiciado una respuesta urgente a nivel nacional y mundial. Aunque la respuesta del país estuvo dirigida por el Ministerio de Salud y Protección Social, hubo un apoyo sólido de la OPS/AMRO a través del Representante de la OMS, quien también asumió la función de gestor del incidente. La respuesta a esta emergencia fue eficaz y puso de manifiesto la importante función que desempeña la OMS en la respuesta a enfermedades complejas con secuelas duraderas.

4. El Comité también elogió la respuesta de la OMS al brote de fiebre amarilla. Aunque este incidente fue muy diferente del brote de Zika y requirió la vacunación de 30 millones de personas,

---

[1] Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/es/), consultado el 20 de abril de 2017.

[2] Mandato del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/Terms-of-Reference-Independent-Oversight-Committee.pdf?ua=1), consultado el 20 de abril de 2017.

[3] Véanse el documento EB140/8 y las actas resumidas de la 140.ª reunión del Consejo Ejecutivo, segunda sesión, sección 3 (documento EB140/2017/REC/2) (disponible únicamente en inglés).

[4] Comité Permanente entre Organismos (https://interagencystandingcommittee.org/).

[5] En la Sede, las seis oficinas regionales y más de 150 oficinas en los países.

[6] Informe de la misión del Comité: Colombia, 8-10 de noviembre de 2016 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/colombia-mission-report.pdf?ua=1), consultado el 20 de abril de 2017.

[7] WHO progress report on the yellow fever response for the review of the IOAC, 10 de noviembre de 2016 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/Yellow-Fever-Health-Emergency-Progress-Report-20Oct2016.pdf?ua=1), consultado el 20 de abril de 2017.

el Comité observó que se utilizó uno solo sistema integrado de gestión de incidentes y se recibió el apoyo de múltiples asociados en la transición hacia nuevas fórmulas de trabajo.

5. Entre enero y mayo de 2017 el Comité celebró sus sexta y octava reuniones por teleconferencia, y su séptima reunión de modo presencial en Ammán.[1] En enero se entrevistó con varios Estados Miembros y seis Directores Regionales. En marzo realizó dos visitas sobre el terreno (al Iraq[2] y Nigeria[3]), durante las cuales el Comité se reunió con numerosos asociados y partes interesadas. En Ammán, los miembros del Comité también entrevistaron a otros asociados externos y funcionarios de la OMS, incluidos los Representantes de la Organización en el Iraq, Jordania, Nigeria, la República Árabe Siria y el Yemen.

6. En este segundo informe a los órganos deliberantes se describen las actividades realizadas por el Comité en su primer año y se formulan observaciones sobre los progresos realizados en las ocho áreas temáticas identificadas en el primer informe: estructura, recursos humanos, procesos institucionales de emergencia, finanzas, evaluación de riesgos, gestión de incidentes, alianzas y Reglamento Sanitario Internacional (2005). El informe se centra en particular en las repercusiones de la reforma de la labor de la OMS en emergencias para la ejecución de las actividades sobre el terreno, la funcionalidad del Programa en toda la Organización y los obstáculos que minan la eficacia de las operaciones.

II. PROGRESOS GENERALES DEL PROGRAMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE LA OMS

7. Para llevar a cabo la evaluación, el Comité adoptó un marco de monitoreo[4] con el que hacer un seguimiento de los progresos realizados sobre la base de los indicadores del marco de resultados del Programa.[5] El informe de la Directora General a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la reforma de la labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitaria[6] sigue siendo la principal referencia para monitorear la ejecución. Por otro lado, el Comité llevó a cabo entrevistas y visitas sobre el terreno y examinó varios documentos públicos e internos.

8. Se ha avanzado en la ejecución del Programa desde el primer informe del Comité. Los progresos se han registrado especialmente en la respuesta de la OMS a las necesidades sanitarias de las poblaciones en emergencias prolongadas. El Comité observa mejoras en la coordinación y liderazgo del Grupo de Acción Sanitaria[7] por parte de la OMS, mejoras que son bienvenidas por los asociados sobre

---

[1] Séptima reunión del Comité (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/7th-meeting-agenda.pdf), consultado el 20 de abril de 2017.

[2] Visita sobre el terreno al Iraq, 22-24 de marzo (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/iraq-mission-agenda.pdf), consultado el 20 de abril de 2017.

[3] Informe de la misión a Nigeria, 28 de febrero-6 de marzo de 2017 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/nigeria-mission-report.pdf), consultado el 25 de abril de 2017.

[4] Marco de monitoreo del Comité para evaluar el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, 2017 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/ioac-monitoring-framework.pdf?ua=1), consultado el 20 de abril de 2017.

[5] Documento EB140/36, Anteproyecto de presupuesto por programas 2018-2019 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_36-sp.pdf).

[6] Documento A69/30. Reforma de la labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias, Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, Informe de la Directora General, 5 de mayo de 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-sp.pdf).

[7] Grupo de Acción Sanitaria (http://www.who.int/health-cluster/en/), consultado el 20 de abril de 2017.

el terreno. El Comité ve signos alentadores en la presencia de la OMS sobre el terreno y en la colaboración con los asociados.

9. De las visitas sobre el terreno[1] se infiere que la aplicación del Programa está conllevando un aumento de la eficacia de la labor de la Organización en emergencias. Sin embargo, el Comité advierte de que estos avances todavía son frágiles y que la política de prevención «sin arrepentimiento»[2] todavía no se aplicado plenamente en todas las esferas de la respuesta a las crisis. Hasta la fecha, el éxito en los países ha sido posible gracias al desempeño de los funcionarios de las oficinas en los países específicamente dedicados a dicha labor y del personal de refuerzo contratado por corta duración sobre el terreno, al apoyo brindado por el personal del Programa en la Sede y las oficinas regionales y a los despliegues realizados por los asociados (por ejemplo, la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN)[3] y los asociados para emergencias), mientras que los sistemas de administración y apoyo siguen siendo un grave obstáculo.

Estructura del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS

10. El Comité observa que la estructura del Programa se ha armonizado en los tres niveles de la Organización. Sin embargo, aunque algunos asociados conocen el programa de reforma de la labor de la OMS en emergencias, muchos funcionarios de las oficinas en los países y algunos asociados externos lo desconocen. Con todo, todos los asociados entrevistados en las visitas sobre el terreno han observado cambios positivos en la forma de trabajar de la Organización. El Comité recomienda que se mejore la comunicación interna y externa acerca del Programa.

11. El Comité observa que las estructuras de gestión de las emergencias en el nivel de los países se están adaptando para hacer frente a los diferentes tipos, magnitudes y duraciones de las emergencias. El establecimiento de un sistema de gestión de incidentes es útil para las emergencias nuevas o agudas en las que la oficina en el país tal vez no tenga los medios necesarios para llevar a cabo operaciones de emergencia. En emergencias prolongadas en las que la OMS establece estructuras de liderazgo y gestión de la emergencia, tal vez no sea necesario un sistema de gestión de incidentes independiente. En lugar de ello, la OMS puede centrarse en proporcionar personal de refuerzo perteneciente al Programa y los asociados para hacer frente al agravamiento de una emergencia, como un brote epidémico, en el marco de una crisis humanitaria existente.

12. La OMS debe adoptar un enfoque coherente a nivel de toda la Organización respecto de la dotación de personal en emergencias para garantizar una flexibilidad suficiente. Por ejemplo, en los países prioritarios del Programa, especialmente aquellos afectados por crisis prolongadas, la función de gestor del incidente podría ser asumida por el Representante de la OMS, en caso de que cuente con la capacitación y la experiencia adecuadas. El Comité señala la importancia de establecer una capacidad operacional y de gestión de emergencias básica a nivel nacional, que preferiblemente debería incluir a un representante de la OMS adjunto. Esto es especialmente necesario para garantizar un margen de gestión suficientemente amplio en los países prioritarios del Programa en caso de que el Representante

[1] Colombia (8-10 de noviembre de 2016), Nigeria (28 de febrero-6 de marzo de 2017) y el Iraq (22-24 de marzo de 2017).

[2] Política de prevención «sin arrepentimiento» de la OMS: Desde el primer momento en todas las emergencias, la OMS garantiza el acceso de la oficina de la OMS en el país a niveles previsibles de personal y financiación, incluso si después se constata que se necesitan menos medios, con el pleno apoyo de la Organización y sin reproches o arrepentimientos. Marco de Respuesta a las Emergencias, segunda edición, capítulo 4.

[3] Véase http://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/es/ (consultado el 20 de abril de 2017).

de la OMS asuma la función de gestor del incidente. Es importante que en la planificación de los presupuestos bienales de las oficinas en los países prioritarios se prevean puestos clave para funcionarios superiores.

13. Es de vital importancia aclarar las funciones, responsabilidades, facultades, procedimientos de rendición de cuentas, líneas jerárquicas y labores de coordinación. Habida cuenta de la importancia de la delegación de atribuciones a los gestores de incidentes y a los representantes de la OMS, el Comité recomienda que se elabore y adopte en los tres niveles de la Organización un formulario normalizado de delegación de atribuciones.

Recursos humanos

14. En marzo de 2017, el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS contaba en total con 1438 puestos (de ellos, 684 habían sido ocupados por personal existente y 754 están vacantes), en comparación con los 1157 puestos de que disponía el Programa justo después de su puesta en marcha.[1] Este aumento se debe al incremento de los puestos en las oficinas en los países. Con todo, la contratación no ha progresado al mismo ritmo que la creación de estos nuevos puestos, y no se han producido cambios significativos en la tasa de contratación desde diciembre de 2016: en las oficinas en los países se han cubierto el 35% de los puestos, en las oficinas regionales el 50% y en la Sede el 70%.

15. Aunque permanecen vacantes 469 puestos en las oficinas en los países, se cuenta con 386 funcionarios temporeros para la respuesta a emergencias, con contratos de una duración media de siete meses. Habida cuenta de los déficits de financiación actuales, el Comité acepta que los puestos vacantes puedan ser ocupados provisionalmente por personal con contratos de corta duración, pero advierte de que esto conllevará una elevada rotación y dificultades para contratar a personal motivado con el perfil adecuado y la experiencia necesaria en emergencias. También se corre el riesgo de que no se conserve la memoria institucional. El Programa tiene que recibir una financiación sostenible a largo plazo con miras a estabilizar las disposiciones contractuales para el personal clave.

16. El aumento de la capacidad de la OMS para ejecutar el Programa depende de la calidad de su personal. En particular, el Comité reconoce el papel crucial que el personal nacional juega en las emergencias, y señala la necesidad de invertir en el fortalecimiento de la capacidad y de apoyar el desarrollo profesional del personal nacional.

17. Como respuesta a las recomendaciones formuladas por el Comité en su primer informe, la Secretaría de la OMS realizó un análisis comparativo de la dotación de personal del Programa. Este análisis se realizó en toda la Organización y puso de manifiesto que la proporción de puestos de grado superior en el Programa (P6 y categorías superiores) en los tres niveles de la Organización respecto de la totalidad del personal de la categoría profesional es del 4,3%, mientras que para el resto de la Organización es del 17,5%. La proporción de puestos de nivel superior únicamente en la Sede es del 7,95% para el Programa y del 12,48% para el conjunto de la Organización. Todas estas cifras muestran que la proporción de personal de nivel superior es más baja en el Programa que en en el conjunto de la Organización (sin el Programa), tanto en la Sede como a nivel mundial. La Secretaría de la OMS también señaló que la proporción de personal superior en el Programa es comparable a la de otros organismos humanitarios.

[1] El Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS se puso en marcha oficialmente el 1 de julio de 2016.

18. El Comité observa que la Organización muestra una clara preferencia por los candidatos internos de la OMS en los procesos de contratación de personal. Esto limita el número de candidatos posibles a efectos de contratación, habida cuenta de que se pueden encontrar candidatos externos con experiencia de alto nivel en respuesta sanitaria y humanitaria, especialmente en el sector de las organizaciones no gubernamentales. Aunque los candidatos sin experiencia en la OMS pueden tener dificultades para orientarse con respecto a las normas y procedimientos institucionales de la Organización, esos candidatos deben ser tenidos debidamente en cuenta si se quiere que la OMS sea eficaz sobre el terreno. El Comité recomienda que se elabore una estrategia de contratación a más largo plazo para atraer, orientar y apoyar a los mejores candidatos.

19. Las visitas sobre el terreno del Comité pusieron de relieve la importancia de la administración y las finanzas como funciones centrales del Programa. Nada más activarse una emergencia se debería desplegar a personal de apoyo administrativo para que ayude al equipo a atender las grandes exigencias que conlleva el despliegue sobre el terreno y a manejarse con los sistemas operativos. Durante una respuesta, también debería estar presente en la oficina en el país un funcionario de apoyo administrativo que se ocupe exclusivamente de esa emergencia para proporcionar capacidad adicional y proporcionar apoyo al Programa.

20. El bienestar y la protección del personal nacional e internacional en situaciones de emergencia son esenciales. En los lugares de destino con condiciones de vida difíciles se ha de poner en marcha una política clara de rotación del personal que esté en consonancia con la política de movilidad geográfica de la OMS[1] para impedir que el personal se sature, y se debería dar una consideración especial e incentivos al personal que trabaja en emergencias en los lugares de destino más difíciles. El Comité observa que el permiso de descanso y recuperación que ofrece las Naciones Unidas no es proporcional al estrés y al ritmo de trabajo que conllevan las operaciones de emergencia sobre el terreno de la OMS. Por tanto, se alienta a la OMS a establecer sus propios incentivos y políticas de licencia apropiadas específicamente para el personal que trabaja en emergencias con arreglo a las políticas de recursos humanos de la Organización. Asimismo, se debería proporcionar apoyo psicológico al personal que trabaja sobre el terreno, así como protección contra el acoso en el lugar de trabajo.

Procesos institucionales de emergencia

21. De las visitas sobre el terreno y las entrevistas, el Comité infiere que los sistemas administrativos de la OMS no son adecuados para apoyar las operaciones de emergencia, especialmente en lo que respecta a la contratación, las adquisiciones, las delegaciones de atribuciones y la gestión de las ayudas. El Comité recomienda establecer un grupo de trabajo de duración limitada que se encargue de abordar las principales cuestiones para racionalizar los sistemas administrativos y operacionales en la respuesta a una emergencia.

22. El Comité observa que las normas institucionales relativas a las emergencias se han incorporado al Manual Electrónico de la OMS.[2] Sin embargo, según la información aportada al respecto por el personal y las organizaciones asociadas, dichas normas todavía no se han integrado del todo en la cultura de la Organización. Por ejemplo, las autorizaciones de exención raramente se utilizan en contextos de emergencia debido a que se desconoce su existencia o a la reticencia a aplicarlas. El Comité recomienda que la Secretaría de la OMS active automáticamente los procedimientos operativos normalizados, prevea las exenciones por defecto y proporcione información a los auditores de modo que sus expecta-

[1] Disponible en http://www.who.int/employment/WHO-mobility-policy.pdf?ua=1 (consultado el 20 de abril de 2017).

[2] Manual Electrónico de la OMS, sección XVII – Emergencias Sanitarias.

tivas de auditoría estén en consonancia con la política de la OMS sobre emergencias. La OMS debería dar a conocer sus procesos en emergencias a todo el personal e invertir en un cambio cultural en toda la Organización.

23. Según el análisis realizado en el Iraq, el proceso de contratación dura un promedio de 87 días desde que comienza hasta que el miembro del personal llega al lugar de destino. Esto es inviable en las emergencias sanitarias, ya que pone en peligro la preparación operacional de la OMS. En situaciones de emergencia repentina se debería poner en marcha un proceso de contratación acelerado que esté en consonancia con las mejores prácticas de otros organismos; en particular, se deberían realizar contrataciones sin esperar a la recepción de los fondos, y los nombramientos definitivos se realizarían cuando se disponga de ellos. El Comité valora positivamente la práctica del Programa de elaborar una lista de candidatos preseleccionados y plenamente validados.

24. Los retrasos en la adquisición de suministros esenciales obstaculizarán la respuesta a emergencias. Los retrasos pueden estar provocados por la falta de políticas claras, por la delegación inadecuada de atribuciones o por una cultura de aversión a los riesgos. El Comité insta a la Secretaría de la OMS a que racionalice los procedimientos operativos normalizados para las adquisiciones en emergencias mediante el aumento de los límites de gasto en la delegación de atribuciones, la aplicación de exenciones normalizadas respecto de la delegación de atribuciones, la sistematización de proveedores precalificados, la simplificación de los contratos locales y los procesos de pago, y la aceleración del proceso de diligencia debida de conformidad con lo establecido en el Marco para la colaboración con agentes no estatales.[1]

25. El Comité recomienda que la OMS adopte un enfoque de la seguridad más coherente y sólido en sus programas de emergencias y que destine a dicha cuestión un volumen apropiado de fondos institucionales flexibles. De las visitas sobre el terreno se infiere que la calidad de la labor del Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas[2] y la colaboración de la OMS con dicho Departamento varían en función de los lugares de destino. Se alienta a la OMS a colaborar de manera proactiva con el Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas en la evaluación y gestión de los riesgos para la seguridad y a poner en marcha una estrategia coherente para aumentar la seguridad en entornos sobre el terreno inseguros, tanto en emergencias y brotes agudos como en crisis prolongadas. La OMS debería aumentar su inversión y fortalecer sus capacidades respecto de la seguridad sobre el terreno y otras medidas de protección del personal.

Finanzas

26. De las visitas sobre el terreno se concluye que el desempeño de la OMS en este ámbito está aumentando la confianza de los donantes, ya que la Organización está demostrando su capacidad tanto de coordinar el Grupo de Acción Sanitaria como de brindar una respuesta eficaz en entornos difíciles. Esto también queda reflejado en la información difundida recientemente por los medios de comunicación sobre la respuesta de la OMS en el Iraq.[3] Sin embargo, el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS sigue viéndose confrontado con dificultades financieras, entre ellas la falta de acuerdos de financiación plurianuales, la necesidad de gestionar contribuciones puntuales elevadas, la existencia de

[1] Véase el anexo a la resolución WHA69.10 (2016) en http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/A69_R10-FENSA-en.pdf?ua=1 (consultado el 20 de abril de 2017).

[2] Véase http://www.un.org/undss/?q=home (consultado el 20 de abril de 2017).

[3] https://www.devex.com/news/for-first-time-who-as-implementer-in-mosul-trauma-chain-of-care-89840 http://www.un.org/undss/?q=home (consultado el 20 de abril de 2017).

prioridades humanitarias concurrentes que precisan ser atendidas y los cambios que se están produciendo en las inversiones de los donantes.

27. Desde la presentación del primer informe del Comité, el presupuesto básico para el bienio 2016-2017 ha recibido fondos flexibles adicionales, y el déficit de financiación se ha reducido del 56% al 41% en los últimos tres meses. Esta asignación y las previsiones basadas en las promesas de contribuciones recibidas por el Programa indican que el 86% del presupuesto básico podría financiarse a lo largo del bienio. En lo que respecta al presupuesto para llamamientos de emergencia (para los planes de respuesta a emergencias humanitarias agudas y prolongadas) para 2017, en el primer trimestre del año se recibieron US$ 67 millones de los US$ 523 millones fijados como objetivo. Desde la presentación del primer informe, el déficit de financiación del Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias[1] no ha variado: un 67% respecto de los US$ 100 millones fijados como meta.

28. De los US$ 284 millones obtenidos para el presupuesto básico, US$ 82,5 millones se han recaudado en las oficinas en los países. El Comité reconoce los progresos realizados en la movilización de recursos a nivel de los países, especialmente en Nigeria, Sudán del Sur y el Yemen, donde se ha desplegado a funcionarios encargados de movilizar recursos y se han puesto en marcha estrategias en esta esfera. El Comité insta a la OMS a reforzar la atribución de recaudación de fondos de las oficinas en los países durante la respuesta a emergencias, para que estas puedan lograr financiación a gran escala directamente y no a través de las oficinas regionales. Esto es esencial para mantener la agilidad operativa en el marco de una respuesta fluida.

29. El Comité toma nota de que el Programa pretende cubrir hasta un 50% de los puestos vacantes en las oficinas en los países para finales de 2017, dependiendo de los fondos disponibles. El Programa no tiene la intención de financiar todos los puestos en las oficinas en los países con cargo a sus fondos flexibles, por lo que estas últimas tendrán que recaudar fondos a nivel local con el apoyo de las oficinas regionales y la Sede. El Comité valora positivamente el plan para contratar a un mayor número de funcionarios nacionales y reducir los puestos internacionales en las oficinas en los países, lo que posibilitaría que el Programa equilibre sus costos y se mantenga dentro de los límites del presupuesto general.

30. Aunque ha quedado patente su utilidad para atender las necesidades inmediatas en emergencias, el Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias no ha logrado alcanzar su capitalización total de US$ 100 millones, y su reposición por los donantes ha sido baja. En marzo de 2017 se destinó un total de US$ 19,95 millones a apoyar la respuesta de la OMS a 16 emergencias sanitarias. Tras examinar el informe del Programa acerca del Fondo para Contingencias,[2] el Comité considera que el Fondo ha sido una herramienta útil, especialmente para garantizar la financiación inicial en emergencias nuevas. El Comité estima que el Fondo para Contingencias sería mucho más eficaz si funcionara plenamente como un fondo rotatorio, pero reconoce que actualmente no está funcionando como tal. Por ello, recomienda a la OMS que presente planes claros para garantizar su sostenibilidad en el futuro.

31. El Comité observa que las previsiones del presupuesto básico para el bienio 2016-2017, pese a haber mejorado, siguen siendo frágiles. Por tanto, también se alienta a la OMS a considerar una estrategia de financiación apropiada con el fin de identificar fuentes adicionales de ingresos para el presu-

[1] Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/en/), consultado el 20 de abril de 2017.

[2] Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Contingency Fund for Emergencies: impact and achievements 2017 (disponible en http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/CFE_Impact_2017.pdf?ua=1), consultado el 20 de abril de 2017.

puesto básico del Programa, así como a reforzar la presupuestación en el nivel de los países para que todos los costos relacionados con los proyectos necesarios para la realización sostenible de las operaciones en los países se incluyan en las propuestas presentadas a los donantes.

Evaluación de riesgos

32. En la segunda edición del Marco de Respuesta a Emergencias[1] se proporcionan aclaraciones adicionales sobre la evaluación de riesgos, el sistema de clasificación y la aplicación del sistema de gestión de incidentes, además de las funciones y responsabilidades, las normas de desempeño y los principales indicadores del desempeño. En los procedimientos de respuesta a emergencias, que cuentan con calendarios específicos, se indica qué es lo que hay que hacer en una serie de plazos, que van desde las 24 y las 72 horas hasta los 60 días.

33. El Comité acoge con agrado los progresos realizados en los ámbitos de la gestión de la información en emergencias sanitarias y la evaluación de riesgos. Con respecto a las decisiones en materia de clasificación, el Comité resalta que estas son una cuestión interna de la OMS y que deberían adoptarse únicamente bajo el liderazgo de la OMS, sobre la base de los criterios objetivos de clasificación acordados por el Comité Permanente entre Organismos y descritos en el Marco de Respuesta a Emergencias de la OMS. Basándose en la experiencia dimanante de la crisis en el nordeste de Nigeria, el Comité también reconoce la conveniencia de informar confidencialmente de tales decisiones a los gobiernos afectados inmediatamente antes de su anuncio, con el fin de que los gobiernos puedan preparar una respuesta apropiada.

34. El Comité señala que la detección de eventos, la verificación, la evaluación de riesgos y la clasificación son procesos complejos en los que intervienen múltiples departamentos y niveles de la OMS. En lo que respecta específicamente a los brotes, es importante reconocer que estos procesos no son necesariamente lineales, por lo que la evaluación de riesgos suele requerir investigaciones adicionales sobre el terreno y la aplicación de medidas inmediatas de contención y control. En estas situaciones, el Programa apoya y realiza en ocasiones una investigación o respuesta sobre el terreno antes de que se haya evaluado y clasificado totalmente el evento. El Comité alienta al Programa a aclarar aún más las funciones y responsabilidades de los distintos departamentos en lo que respecta al liderazgo de las investigaciones y operaciones de respuesta durante las distintas fases de la gestión de riesgos y a la coordinación de los asociados de la GOARN y la participación de estos en la investigación de los brotes. Es extremadamente importante que dichos procesos sean gestionados eficaz y cuidadosamente para evitar retrasos en el proceso de respuesta.

35. Complace al Comité comprobar que el Programa esté desarrollando, probando y poniendo en práctica diversos sistemas básicos de gestión de la información, incluidos los preparativos para la puesta en marcha de la plataforma Epidemic Intelligence from Open Sources (inteligencia epidémica a través de fuentes abiertas) en junio de 2017. El Programa sigue utilizando el Sistema de Gestión de Eventos existente para los datos relacionados con la verificación, la evaluación y el rastreo de eventos, pero el Comité aconseja que este sistema esencial se evalúe en función de su capacidad para hacer frente a todos los tipos de peligros, de su utilización en todos los niveles del Programa y de su posible necesidad de actualización.

[1] OMS. *Marco de Respuesta a Emergencias.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/hac/about/erf/es/), consultado el 20 de abril de 2017.

36. El Comité toma nota de la aplicación sobre el terreno del sistema de pronta alerta y respuesta[1] y del Health Resource Availability Monitoring System (sistema de monitoreo de la disponibilidad de recursos sanitarios)[2] en diferentes situaciones de emergencia. Es un paso positivo que la Secretaría de la OMS y la GOARN hayan desarrollado ulteriormente y puesto a prueba el sistema GoData, que es un sistema aplicable sobre el terreno para gestionar datos complejos relacionados con la respuesta a un brote. Así pues, el Comité aconseja que se invierta de manera continuada en la elaboración, la puesta en práctica y la institucionalización de herramientas sobre el terreno normalizadas y respaldadas, especialmente en el nivel de las oficinas en los países, donde las plataformas de la OMS para la gestión de información en emergencias no están normalizadas.

Gestión de incidentes

37. Sobre la base de sus visitas a Colombia, el Iraq y Nigeria y las exhaustivas sesiones informativas acerca de la República Democrática del Congo y la República Árabe Siria, el Comité encomia a la OMS por la mejora de sus actividades de respuesta a emergencias, que ha sido posible gracias al sólido liderazgo ejercido por los representantes de la OMS y los gestores de incidentes. El Comité reconoce que el Programa ha reforzado los equipos mediante la utilización de las competencias y conocimientos del personal nacional y la capacidad de refuerzo aportada por las oficinas regionales y la Sede. El Comité recomienda crear una masa crítica de representantes de la OMS y gestores de incidentes cualificados que estén dispuestos a ser desplegados mediante la elaboración de listas, la facilitación de capacitación y el establecimiento de vínculos con un programa de desarrollo profesional.

38. El Director Ejecutivo del Programa y el Director Regional pertinente han de determinar si un representante de la OMS debe asumir la función de gestor del incidente en una emergencia. En emergencias agudas o prolongadas, el gestor del incidente suele rendir cuentas al Representante de la OMS, a menos que el Director Ejecutivo y el Director Regional hayan acordado disposiciones alternativas. En cualquier caso, los gestores de incidentes deberían seguir rindiendo cuentas directamente a los responsables del Programa con el fin de llevar a cabo una supervisión técnica y operacional apropiada.

39. Las operaciones de emergencia de la OMS en el noreste de Nigeria están dirigidas por un gestor del incidente. Las funciones del sistema de gestión del incidente están ubicadas en gran parte en Maiduguri. La función del Representante de la OMS consiste principalmente en garantizar que el equipo encargado de la gestión del incidente obtenga el apoyo necesario de la oficina en el país, con arreglo a la delegación de atribuciones. Este modelo puede ser eficaz, siempre que el Representante de la OMS proporcione apoyo y que la oficina en el país tenga suficiente capacidad para respaldar la respuesta a la emergencia. El Comité resalta que la Organización debería seguir asumiendo la responsabilidad general y que el Representante de la OMS debería rendir cuentas por el desempeño del sistema de gestión del incidente. La delegación de atribuciones al gestor del incidente no debe anular la responsabilidad del Representante de la OMS.

40. El Comité considera que el nivel actual de atribuciones delegadas al gestor del incidente no es adecuado para satisfacer las necesidades operacionales de las emergencias. La Secretaría de la OMS debería conferir más atribuciones al gestor del incidente para que pueda satisfacer más rapidamente los requisitos de apoyo operacional y administrativo, especialmente en relación con la contratación, las

[1] Sistema de pronta alerta y respuesta (EWARS) de la OMS – (http://www.who.int/emergencies/kits/ewars/en/), consultado el 20 de abril de 2017.

[2] Sistema de monitoreo de la disponibilidad de recursos sanitarios de la OMS (WHO's Health Resource Availability Monitoring System - HeRAMS) (http://www.who.int/hac/herams/en/), consultado el 20 de abril de 2017.

adquisiciones y las finanzas. La delegación de atribuciones debería realizarse paralelamente a la activación de un equipo de gestión del incidente.

41. El Comité recomienda que los gestores de incidentes reciban una formación anterior al despliegue sobre los sistemas y procedimientos de la OMS, la delegación de atribuciones y su relación con la oficina en el país, con el fin de garantizar que tanto ellos como el personal de las oficinas en los países tengan la misma percepción de sus funciones y responsabilidades. Los gestores de incidentes deberían ser contratados a más largo plazo, esto es, al menos por 12 meses, en lugar de realizarles contratos de tres meses prorrogables.

Alianzas

42. Los asociados externos reconocen y aprecian la función ampliada de la OMS en emergencias, en particular respecto de la coordinación operacional sobre el terreno. El Comité observó esta mejora directamente durante las visitas al Iraq y Nigeria. En el Iraq, la OMS recibió elogios por su eficaz coordinación, su comunicación proactiva y transparente y la prestación de apoyo técnico, financiero y operacional con un énfasis en la ejecución. Además, se ha apreciado enormemente que la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental y la Sede pudieran proporcionar capacidad especializada de refuerzo (por ejemplo, para la gestión de los peligros químicos y la atención traumatológica) y coordinar el apoyo prestado y los despliegues realizados a través de la GOARN.

43. La inversión de la OMS en la coordinación del Grupo de Acción Sanitaria está dando sus frutos. Los asociados reconocieron el liderazgo de la OMS en la coordinación de los asociados del Grupo de Acción Sanitaria y su papel esencial como enlace entre el gobierno y la comunidad de ayuda humanitaria. El Comité reitera que la gestión de la información es un elemento esencial de esta coordinación. Se debería prestar un apoyo constante y suficiente al coordinador del Grupo de Acción Sanitaria para que lleve a cabo su labor de gestión de la información.

44. De sus visitas sobre el terreno, el Comité concluyó que, en el ámbito humanitario, los servicios de salud suelen ser prestados por distintos organismos en función de los mandatos o corrientes de financiación. La estructura de la prestación de atención sanitaria debería centrarse en el paciente y no en los mandatos o fuentes de financiación. La coordinación del Grupo de Acción Sanitaria debería tener una orientación operacional y centrarse en la evaluación de las necesidades y las carencias, así como en la asignación de los activos y servicios correspondientes por los distintos asociados. Los asociados entrevistados por el Comité expresaron su disposición a utilizar sus activos colectivos de manera más eficiente y cohesionada, pero esto requeriría más flexibilidad por parte de los donantes. La relación privilegiada de la OMS con los gobiernos anfitriones debería utilizarse también para promover una cooperación constructiva entre gobiernos y asociados.

45. En el primer informe del Comité se señaló la importancia de seguir centrándose en consolidar y fortalecer la capacidad de las redes de asociados como la GOARN y los equipos médicos de emergencia[1] de la OMS. Estas redes permiten a la OMS aprovechar y desplegar la experiencia técnica necesaria para apoyar a los asociados que ya trabajan sobre el terreno, partiendo para ello de un grupo mundial de instituciones dispuestas a apoyar la respuesta a brotes y emergencias. El Comité señala que dichos despliegues son mucho más eficaces cuando la capacidad de la OMS en los países y su función de coordinación ya están establecidas. La inversión en estas alianzas y redes operacionales permitirá a la OMS disponer de los mejores conocimientos técnicos en un plazo breve a efectos del despliegue

[1] Emergency Medical Team Initiative (https://extranet.who.int/emt/page/emt-initiative), consultado el 20 de abril de 2017.

sobre el terreno, así como desarrollar su labor con estructuras, funciones y mecanismos de coordinación claros.

Reglamento Sanitario Internacional (2005)

46. El Comité observa que 37 países de las seis regiones de la OMS han realizado evaluaciones externas conjuntas[1] desde el inicio de 2016, y está previsto que otros 28 lo hagan de aquí a finales de 2017. El Comité señala que solo tres países han completado sus planes nacionales de acción tras la evaluación externa conjunta. El Comité reafirma la importancia de los cuatro componentes del marco de seguimiento y evaluación del RSI (2005) como esferas de trabajo esenciales del Programa. El Comité reconoce la importancia de que las oficinas regionales ayuden a los países a compartir sus prácticas óptimas y experiencia en la elaboración de los planes, y el apoyo de los donantes para la aplicación de estos planes con indicación de costos será esencial para fortalecer la capacidad de los países y reforzar los sistemas de salud.

47. El Comité señala que la evaluación externa conjunta sirve para evaluar las capacidades nacionales, subnacionales y de las comunidades, e incluye indicadores que reflejan el fortalecimiento y la implicación de estas últimas. El Comité desea investigar el proceso de evaluación externa conjunta mediante su futuro programa de visitas sobre el terreno y entrevistas. Entre tanto, el Comité también recomienda que los grupos comunitarios pertinentes sean incluidos sistemáticamente en los procesos de evaluación externa conjunta para velar por que los sistemas de vigilancia y respuesta temprana de ámbito comunitario sean incluidos en todas las evaluaciones.

III. OBSERVACIONES FINALES

48. La OMS está esforzándose en todos los niveles por transformarse en una organización operacional en emergencias. Desde la puesta en marcha del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, se han observado progresos en la respuesta a emergencias en los países, y se han recibido sistemáticamente informaciones positivas sobre la función ampliada de la OMS en crisis humanitarias. La OMS está demostrando que puede ser un asociado fiable y competente de los gobiernos, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los asociados del Grupo de Acción Sanitaria, las organizaciones no gubernamentales que colaboran en la ejecución, y la comunidad de donantes. No obstante, los progresos son frágiles. Los sistemas administrativos y procesos institucionales de la Organización no están apoyando eficazmente sus operaciones, y el Programa está lidiando con un déficit de financiación. Las limitaciones culturales respecto de la respuesta a emergencias en toda la Organización siguen siendo el principal obstáculo para poner en práctica una política de prevención «sin arrepentimiento». La Organización debe velar por que el Programa pueda desarrollar su potencial. Garantizar este éxito es en última instancia una responsabilidad compartida de los Estados Miembros, los asociados de la OMS y la Secretaría.

Precious Matsoso (Presidenta), Walid Ammar, Geeta Rao Gupta, Felicity Harvey, Jeremy Konyndyk, Hiroki Nakatani, Michael Ryan, Elhadj As Sy

= = =

[1] Los informes de las evaluaciones externas conjuntas están disponibles en http://www.who.int/ihr/procedures/implementation/es/ (consultado el 20 de abril de 2017).