Organización Mundial de la Salud

70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD **A70/9**
Punto 12.1 del orden del día provisional **10 de abril de 2017**

Emergencias sanitarias

Respuesta de la OMS a las emergencias graves a gran escala

Informe de la Directora General

1. El presente informe se remite en respuesta a la petición formulada por el Consejo Ejecutivo en la resolución EBSS3.R1 (2015).[1] El informe recoge información sobre todas las emergencias de salud pública de importancia internacional, las emergencias de grado 3 según la OMS y las de nivel 3 según el Comité Permanente entre Organismos, en las que la OMS ha intervenido entre el 1 de enero y el 1 de octubre de 2016. Asimismo, recoge información actualizada sobre las medidas adoptadas por la OMS en las emergencias de grado 2. Una versión anterior de este informe fue examinada por el Consejo Ejecutivo en su 140.ª reunión celebrada en enero de 2017.[2]

2. Durante el periodo examinado, la OMS respondió a emergencias importantes en 47 países, zonas y territorios, incluidas 31 emergencias agudas (véase el anexo 1) y 19 emergencias prolongadas (cuatro países experimentaron ambos tipos). Cinco emergencias agudas recibieron la clasificación de grado 3, el más alto en el Marco OMS de Respuesta a las Emergencias y el recientemente adoptado enfoque de gestión de los incidentes, y que indica que la respuesta exige apoyo considerable de toda la Organización: la compleja crisis humanitaria del Iraq (clasificada en agosto de 2014), Sudán del Sur (clasificación revisada en febrero de 2015), la República Árabe Siria (incluidas Jordania, el Líbano y Turquía, con clasificación de enero de 2013) y el Yemen (clasificación revisada en julio de 2015); y el brote de la enfermedad por el virus del Ebola en África occidental (clasificado en 2014 y desactivado en junio de 2016). Puesto que durante el periodo examinado la respuesta al brote de la enfermedad por el virus del Ebola se centró principalmente en actividades para la gestión de los riesgos relacionadas con la persistencia de los virus en los supervivientes, los pormenores se describen solo de forma sucinta.

3. La OMS declaró una nueva emergencia de grado 3 entre enero y octubre de 2016: el agravamiento de la crisis humanitaria en Nigeria (inicialmente clasificada de grado 2 en abril de 2015 y cuyo grado de clasificación se elevó en agosto de 2016). Esta es la primera emergencia de grado 3 desde la creación del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Con arreglo a los protocolos provisionales de la OMS para la evaluación de riesgos, la clasificación de emergencias y la gestión de incidentes, se activó el sistema de gestión de incidentes de la Organización, lo que conllevó la movilización de un gestor de incidentes y de personal para desempeñar seis funciones esenciales del sistema de gestión de

[1] Resolución EBSS3.R1 (2015). Ebola: Extinción del brote actual, fortalecimiento de la preparación mundial y garantía de la capacidad de preparación y respuesta de la OMS ante futuros brotes y emergencias a gran escala con consecuencias sanitarias.

[2] Documento EB140/7; véase también el acta resumida de la 140.ª reunión del Consejo Ejecutivo, segunda sesión, sección 3 y tercera sesión, sección 3.

incidentes en los países y la puesta en marcha de actuaciones fundamentales cruciales, según se especifica en el proyecto de guía para las emergencias.

4. Con la excepción de la compleja emergencia de Nigeria y el brote de la enfermedad por el virus del Ebola, el Comité Permanente Interorganismos clasificó también todas las emergencias de grado 3 como emergencias de nivel 3 para todo el sistema. Con respecto a Sudán del Sur, la designación de nivel 3 del Comité Permanente Interorganismos se desactivó en mayo de 2016, aunque la OMS y varios otros asociados de las Naciones Unidas han mantenido su declaración interna de grado 3, en función de las evaluaciones institucionales de escala, emergencia, complejidad, capacidad y riesgo para la reputación. En el momento de redactar el presente documento, la OMS tiene en marcha respuestas a cinco emergencias de grado 3 (véase el cuadro).

Cuadro. Resumen de las emergencia de grado 3 activadas por la OMS en el periodo de notificación

País/región	Fecha de activación del grado 3	Situación actual
África occidental - Brote de la enfermedad por el virus del Ebola, Región de África	26 de julio de 2014	Desactivada el 1 y 9 de junio de 2016
Iraq, Región del Mediterráneo Oriental	12 de agosto de 2014	en curso
Nigeria, Región de África	18 de agosto de 2016	elevación del grado
República Árabe Siria, Región del Mediterráneo Oriental	3 de enero de 2013	en curso
Sudán del Sur, Región de África	12 de febrero de 2014	en curso
Yemen, Región del Mediterráneo Oriental	1 de julio de 2015	en curso

5. El 1 de febrero de 2016, la Directora General declaró que el reciente conglomerado de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos notificados en Brasil, tras un conglomerado de casos similar en la Polinesia francesa en 2016, relacionados con el brote de la infección por el virus de Zika constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional y la OMS la clasificó como emergencia de grado 2. A través del sistema de gestión de incidentes, los conocimientos técnicos especializados de la OMS y las redes de expertos se integraron en la respuesta: desde la salud de la madre y el niño, la salud reproductiva y la lucha antivectorial hasta la investigación y el desarrollo de productos.

6. Asimismo, la OMS respondió a las necesidades sanitarias de las poblaciones afectadas en otras 16 emergencias de grado inferior (véase el anexo 2). Cabe citar los desastres naturales en el Ecuador y Fiji; las emergencias de salud pública en Angola, el Brasil, Etiopía y la República Democrática del Congo; y los conflictos y/o desplazamientos conexos en el Camerún, Libia, Malí, el Níger, Nigeria, la República Centroafricana, la República Unida de Tanzanía y Ucrania.

7. La OMS tiene también en marcha respuestas a crisis prolongadas en 19 países, zonas y territorios, a saber: el Afganistán, los 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.

8. Todas las nuevas emergencias se han atendido a través del sistema de gestión de incidentes de la OMS, lo que ha permitido el rápido establecimiento de estructuras de gestión de incidentes en el ámbito nacional, regional y de Sede, en función de las necesidades. Estas estructuras recibieron el apoyo de fondos liberados en un plazo de 24 horas procedentes del Fondo para Contingencias relacio-

nadas con Emergencias. En los nueve primeros meses de 2016, se han desembolsado US$ 15,8 millones con cargo al Fondo para Contingencias con objeto de acelerar el apoyo a la respuesta al brote de la enfermedad por el virus de Zika; la crisis humanitaria del nordeste de Nigeria; el brote de cólera de la República Democrática del Congo; los efectos en la salud pública de las consecuencias del fenómeno de El Niño en Papua Nueva Guinea; el conflicto de Libia; los brotes de fiebre amarilla en Angola, la República Democrática del Congo y Uganda; la respuesta a la emergencia de grado 2 en Etiopía; las consecuencias del ciclón tropical Winston en Fiji; y la respuesta al cólera en el Yemen.

ACTIVIDADES DE LA OMS EN EMERGENCIAS DE GRADO 3

Iraq

9. Desde junio de 2014, la crisis humanitaria del Iraq ha afectado a más de un tercio de su población y ha provocado el desplazamiento de casi cuatro millones de personas. Unos 7,8 millones de personas requieren asistencia sanitaria. En cuatro de las zonas del país más afectadas —Al Anbar, Ninewa, Salah Aldin y Diyala— 14 hospitales y más de 170 centros de salud han sufrido daños o han quedado 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 los servicios de salud, la protección, los refugios, los suministros de alimentos y agua potable, y el saneamiento.

10. A septiembre de 2016, la OMS había suministrado 500 botiquines médicos interinstitucionales de emergencia, 118 botiquines interinstitucionales para el tratamiento de las enfermedades diarreicas, 68 botiquines para urgencias traumatológicas y 11 botiquines quirúrgicos, y había organizado 902 000 consultas.

11. La OMS y sus asociados del Grupo de Acción Sanitaria mantuvieron su apoyo al Ministerio de Salud y sus direcciones de salud en el ámbito de los servicios de atención primaria mediante la adquisición y distribución de clínicas móviles y caravanas, y el establecimiento y equipamiento de clínicas en campamentos de desplazados y zonas nuevamente accesibles. También apoyaron los servicios de derivación, en particular la adquisición de ambulancias y unidades móviles de atención de salud secundaria, enlazando los servicios con lugares de recepción, formación y análisis espacial de los servicios de derivación disponibles.

12. La OMS ha apoyado la mejora del control de las enfermedades infecciosas, en particular la detección y respuesta a los brotes, la vacunación de emergencia, un sólido sistema de redes de alerta y respuesta tempranas con 121 puntos activos de notificación, y el refuerzo del programa de inmunización ampliado. La OMS ha puesto en marcha un sistema para presentar notificaciones sobre la protección del personal de salud a través de la aplicación del sistema de vigilancia de eventos contra el uso y funcionamiento seguros de los servicios de salud, que permite rastrear los ataques contra el personal sanitario y los centros de salud.

13. La OMS y sus asociados prestaron un conjunto esencial de servicios de salud a poblaciones recientemente desplazadas tras importantes operaciones militares en las prefecturas de Al Anbar, Salah Aldin y Ninewa.

14. Asimismo, han prestado asistencia a las autoridades sanitarias locales con lo siguiente: centros fijos de atención primaria de salud en los campamentos establecidos; puestos sanitarios en asentamientos informales y zonas recientemente liberadas; y clínicas móviles en zonas de nuevos desplazamientos (18 equipos móviles y un parque de 47 clínicas móviles gestionadas por organizaciones no gubernamentales y direcciones de salud).

15. Se espera que la intervención humanitaria en Mosul sea la más larga y compleja en 2016. Ahora que las operaciones militares se han iniciado, cabe esperar que otros 1,5 millones de personas huyan de la ciudad.[1] La OMS y sus asociados han preparado un plan de respuesta, y la Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios ha puesto en marcha un llamamiento urgente para la respuesta. Las intervenciones sanitarias incluirán campañas de vacunación contra el sarampión y la poliomielitis, la prestación de atención primaria, servicios de atención secundaria y salud reproductiva, atención de lesiones/traumatismos y derivación de casos complicados. Se ofrecerán servicios médicos para supervivientes de violencia sexual.

16. Garantizar una atención ininterrumpida en todos los eventos del Iraq sigue siendo un reto importante debido al déficit financiero. En 2016, se necesitaban US$ 83 739 344 para los asociados del Grupo de Acción Sanitaria con arreglo al Plan de respuesta humanitaria en el Iraq 2016; se ha financiado menos del 50%. En el momento de redactar el presente documento, la OMS había recibido US$ 24,1 millones (88,2%) de los US$ 27,3 millones solicitados a través de dicho Plan y US$ 13,4 millones (67%) de los US$ 20 millones solicitados a través del llamamiento urgente.

Nigeria

17. Desde 2009, la parte nordeste de Nigeria ha venido experimentando inestabilidad e inseguridad, lo que ha dado lugar al desplazamiento interno de 2,2 millones de personas. Como consecuencia de la crisis, la mayor parte de la infraestructura y los servicios de salud ha resultado dañada, y muchos trabajadores sanitarios han sido asesinados o secuestrados, mientras que otros han huido. Así pues, se estima que en el nordeste de Nigeria 3,7 millones de personas tienen acceso limitado o nulo a servicios primarios de salud básicos. Cuando con las operaciones militares mejoró el acceso a zonas a las que era previamente imposible llegar, se constató mediante evaluaciones rápidas que las tasas de mortalidad y los niveles de malnutrición excedían los umbrales de emergencia. El Gobierno de Nigeria declaró el estado de emergencia en tres estados: Borno, Yobe y Adamawa. El 18 de agosto de 2016, la OMS declaró que la crisis constituía una emergencia de grado 3.

18. Tras la declaración de emergencia de grado 3, se estableció un sistema de gestión de incidentes en Maiduguri (estado de Borno). Se dotó un centro de operaciones de emergencia con un equipo inicial de 20 funcionarios internacionales y 10 nacionales. Se reforzó la oficina de la OMS en el país, en Abuja, y se liberaron US$ 2,1 millones procedentes del Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias, a la vez que se emprendieron iniciativas de movilización de recursos. La estrecha colaboración con el equipo de erradicación de la poliomielitis ha permitido llevar a cabo campañas de vacunación colectiva de emergencia. Sin embargo, debido a la falta de seguridad y a las restricciones de acceso, se desconoce la verdadera magnitud de las necesidades y con toda probabilidad las cifras aumentarán considerablemente a medida que sea posible acceder a más zonas. El Ministerio de Salud preside la coordinación de los asociados del sector de la salud, junto con la OMS, con el apoyo a 17 asociados sanitarios.

19. El objetivo inmediato de la OMS es reducir las elevadas tasas de muertes y enfermedades prevenibles. La OMS colabora estrechamente con el Gobierno y centra sus esfuerzos en el estado de Borno, en el que 800 000 personas que viven en zonas recientemente liberadas necesitan urgentemente ayuda. Entre las actividades emprendidas se incluyen las siguientes: evaluaciones rápidas de los centros de salud existentes, la prestación de servicios de salud esenciales y la formación de agentes de salud comunitarios. La OMS apoya las actividades de acercamiento en zonas de difícil acceso; los

[1] Las operaciones militares se iniciaron el 17 de octubre de 2016.

equipos prestan servicios de salud integrados, como vacunación sistemática, tratamientos vermífugos, detección y tratamiento de enfermedades, y cribados para detectar casos de malnutrición aguda grave.

20. Se adquirieron tres botiquines médicos interinstitucionales de emergencia, que se consignaron inicialmente en el Ministerio de Salud del estado de Borno, para distribuirse posteriormente a varias comunidades. En septiembre de 2016 se encargaron diez botiquines más. Se tiene previsto vacunar a 1,6 millones de niños contra el sarampión en una campaña de vacunación colectiva.

21. Además, la OMS y el Ministerio de Salud del estado de Borno han realizado una evaluación de la disponibilidad de los servicios de salud en las zonas controladas por el gobierno local del estado, que acogen a la mayor parte de la población desplazada; las conclusiones extraídas han permitido adoptar decisiones con respecto a la introducción del sistema de alerta temprana. La OMS también ha prestado apoyo técnico al Ministerio de Salud del estado de Borno para establecer una vía robusta de abastecimiento. Se han desplegado equipos operacionales y logísticos de la cadena de suministro para fortalecer la capacidad del centro de operaciones de emergencia del estado.

22. En el estado de Borno se han detectado tres casos de poliomielitis paralítica por poliovirus salvajes de tipo 1, los primeros de Nigeria desde 2014.[1] Se puso en marcha una respuesta regional al brote del nordeste de Nigeria con actividades de inmunización complementarias a gran escala. El Gobierno de Nigeria declaró que el brote constituía una emergencia nacional de salud pública, y los Gobiernos del Camerún, el Chad, el Níger y la República Centroafricana lo declararon emergencia regional de salud pública para los países de la subregión del Lago Chad.

23. De enero a junio de 2016, la OMS, el Ministerio de Salud de Nigeria y los asociados para la salud apoyaron la prestación de servicios sanitarios vitales a 1,44 millones de personas; unos 2,7 millones de personas recibieron atención sanitaria hasta finales de agosto de 2016. Más de 83 000 niños de 9 a 59 meses de edad recibieron la vacuna contra el sarampión y 1,7 millones de niños la vacuna contra la poliomielitis. Se ha reforzado la vigilancia de los brotes epidémicos: los puntos de notificación han pasado de 18 a 56 hasta agosto de 2016. Más de 200 centros de salud reciben medicamentos y equipos esenciales y se ha llegado a cerca de 500 000 personas gracias a los equipos médicos móviles. Actualmente las necesidades exceden la capacidad; algunos asociados están listos para movilizar más personal, pero se ven coartados por los trámites de autorización y las limitaciones presupuestarias. Las deficiencias de financiación y el acceso a servicios sanitarios son problemas importantes.

24. A septiembre de 2016, la OMS había recibido US$ 350 000 (7%) de los US$ 5 031 200 solicitados. El Grupo de Acción Sanitaria había recibido US$ 6,6 millones (27%) de los US$ 24 748 290 solicitados. La OMS solicita unos US$ 13 millones para los próximos 16 meses. La crisis y sus consecuencias afectan también a los países limítrofes: Camerún, Chad y Níger, por lo que se precisa adoptar un enfoque regional.

Sudán del Sur

25. En Sudán del Sur, las necesidades han aumentado rápidamente como consecuencia de múltiples amenazas, entre ellas el conflicto armado y la violencia intercomunitaria, el declive económico, las enfermedades y las perturbaciones climáticas. El repunte de la violencia en julio de 2016 dio lugar a un influjo de civiles hacia centros de protección de la población civil, especialmente en Yuba y Wau. Desde diciembre de 2013, unos 2,3 millones de personas se han visto obligadas a huir de sus hogares, 197 000 se refugian en centros de protección de la población civil, y ocho de los 10 antiguos estados

[1] Véase el documento EB140/13, párrs. 3 y 12.

experimentan inseguridad y restricciones de acceso. También se necesitan servicios de salud para más de 300 000 refugiados que han huido hacia Sudán del Sur como consecuencia de los conflictos en países vecinos.

26. La inseguridad generalizada en los estados que no se habían visto afectados anteriormente por el conflicto ha generado también la necesidad de una respuesta de emergencia. El norte y el oeste de Bahr el Ghazal se encuentran en la fase de emergencia de la seguridad alimentaria (fase 4 de la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria) y se enfrentan a un riesgo aumentado de malnutrición aguda y elevadas tasas de mortalidad.

27. Desde enero hasta octubre de 2016, se registraron múltiples brotes de enfermedades epidemiógenas, como cólera, paludismo, sarampión y leishmaniasis visceral, así como casos sospechosos de fiebre hemorrágica vírica. Los brotes ocurren en el mismo momento en que la presencia y capacidad de los asociados del Grupo de Acción Sanitaria son más reducidas que nunca: al 29 de septiembre había solo 29 asociados, en comparación con los 67 de 2015; la diferencia se explica por las evacuaciones debidas al aumento de la inseguridad en los meses precedentes.

28. La OMS tiene un total de 230 funcionarios trabajando en Sudán del Sur. Cuenta con coordinadores en los 10 estados, cuyo objetivo principal son los centros de protección de la población civil. La OMS lidera el Grupo de Acción Sanitaria y ha movilizado personal de refuerzo en apoyo de las funciones del Grupo. Sin embargo, las movilizaciones de refuerzo se han reducido debido a la inseguridad, mientras que las demandas de servicios de salud se han incrementado. Cuando mejoren la seguridad y el acceso, se tendrá que aumentar el número de coordinadores subnacionales del Grupo de Acción Sanitaria.

29. Las unidades técnicas de emergencia de la OMS han prestado apoyo al Ministerio de Salud en los planos nacional y subnacional a fin de fortalecer la capacidad de los servicios de salud para poner en marcha intervenciones eficaces, seguras y de calidad. Como parte de esta colaboración se incluye la creación de capacidad por parte del Grupo de Acción Sanitaria y sus contrapartes gubernamentales en el sistema integrado de vigilancia y respuesta a las enfermedades, el apoyo sostenido al sistema de alerta y respuesta tempranas y las orientaciones normativas sobre la preparación y respuesta ante emergencias.

30. Entre enero y octubre de 2016, la OMS y sus asociados hicieron llegar medicamentos y suministros vitales a más de un millón de personas, en particular suministros y equipos quirúrgicos a 10 centros de tratamiento de traumatismos y 73 000 dosis orales de vacuna anticolérica a grupos vulnerables. A septiembre de 2016, los progresos en los 12 indicadores del Plan institucional de respuesta humanitaria arrojaban una cobertura media del 68% por indicador; la cobertura de la vacunación antisarampionosa de niños entre 6 y 59 meses llegó al 78%, frente a una meta del 80%.

31. La asignación al componente del sector de la salud del Plan de respuesta humanitaria se revisó a mediados de año desde US$ 110 millones a US$ 144 millones. La OMS recibió US$ 4 476 131 (17%) de los US$ 17,6 millones solicitados. El Grupo de Acción Sanitaria recibió US$ 43,3 millones (33%) de los US$ 144 millones solicitados. Se necesita urgentemente mejorar la financiación para la corriente de ayuda humanitaria fundamental.

República Árabe Siria

32. En la República Árabe Siria, a septiembre de 2016, 13,5 millones de personas necesitaban asistencia humanitaria, en particular los 6,6 millones de desplazados internos; otros 4,8 millones han huido a los países vecinos. Más de 5,5 millones de personas se encuentran en zonas de difícil acceso y

más de 800 000 en ubicaciones asediadas. Los asociados del Grupo de Acción Sanitaria se centran en las necesidades de 11,5 millones de personas.

33. Más de la mitad de los centros de salud del país están cerrados o funcionan solo parcialmente. El suministro de agua es un tercio del que había antes de la crisis. La escasez de agua ha llegado a niveles de emergencia en algunas zonas con un número elevado de desplazados internos, lo que ha provocado brotes de hepatitis A. Los programas de inmunización infantil están casi completamente paralizados. Unos 3,2 millones de niños menores de cinco años corren el riesgo de malnutrición y aproximadamente 86 000 niños menores de cinco años sufren malnutrición aguda.

34. Desde que se inició el conflicto casi 1,2 millones de personas han resultado heridas. Entre los retos de la atención de salud cabe destacar los siguientes: el elevado número (unos 25 000) de personas heridas cada mes, los daños sufridos por los quirófanos, el acceso restringido a suministros quirúrgicos y a anestésicos, el acceso reducido a productos sanguíneos seguros y la enorme escasez de especialistas en atención traumatológica.

35. La rehabilitación a largo plazo de pacientes con heridas graves sigue siendo complicada. Urge mejorar el acceso a medicamentos esenciales para las personas con enfermedades crónicas. Se necesitan urgentemente servicios psicosociales y de salud mental; se espera que entre el 3% y el 4% de la población sufra trastornos mentales graves y que el 20% se vea afectada por trastornos mentales de ligeros a moderados. Además, entre el 20% y el 40% de la población experimenta angustia psicológica ligera. Solo funciona una de las tres instalaciones psiquiátricas del país, y se necesitan medicamentos psicotrópicos.

36. La OMS tiene una oficina principal en Damasco, con 90 funcionarios, y oficinas auxiliares en Homs, Alepo, Lattakia y Al-Hasakeh, además de una red de 59 coordinadores por todo el país, incluidas las zonas de difícil acceso. Las operaciones transfronterizas están dirigidas desde las bases operacionales de Gaziantep, al sur de Turquía, y Ammán, en Jordania. La respuesta «Whole of Syria» para el sector de la salud está coordinada por un equipo establecido en Ammán.

37. De enero a septiembre de 2016, la OMS administró más de ocho millones de tratamientos por todo el país. Hasta octubre de 2016, la OMS y sus asociados habían distribuido medicamentos y suministros sanitarios desde el interior del país a las 18 zonas asediadas. La OMS participó en 53 convoyes interinstitucionales destinados a lugares asediados y de difícil acceso, con los que se distribuyeron 208 toneladas de suministros médicos y sanitarios, suficientes para dos millones de tratamientos médicos. Sin embargo, oficiales del servicio nacional de seguridad retiraron de 38 de esos convoyes un total de 58 toneladas de medicamentos esenciales y suministros médicos.

38. La OMS apoyó dos rondas de una campaña nacional de vacunación contra diferentes antígenos en zonas de difícil acceso y asediadas. La campaña se llevó a cabo pese a la escalada de violencia, especialmente en Alepo y en el cinturón rural de Damasco, y los trámites interminables para obtener aprobaciones de las autoridades que controlan las zonas pertinentes. La OMS también apoyó la vacunación de 2,4 millones de niños contra la poliomielitis.

39. La OMS distribuyó en ocho prefecturas medicamentos vitales, suministros quirúrgicos y botiquines para urgencias traumatológicas. Preparó un plan de un año de duración para ampliar los servicios a las personas con discapacidad; examinó a más de 293 000 niños menores de cinco años para detectar casos de malnutrición; capacitó a casi 12 000 profesionales de la salud en diferentes intervenciones de salud, nutrición y agua, saneamiento e higiene; y amplió la cobertura del sistema de alerta y respuesta temprana a las enfermedades a más de 1100 sitios centinela. La OMS proporcionó equipamiento médico crucial a Alepo, Damasco, Hama, Homs, Idleb, Lattakia, el cinturón rural de Damasco

y Tartus. Por primera vez, se ofrecen servicios de salud mental en más de 130 centros de salud primaria y secundaria en 11 prefecturas.

40. En colaboración con diversos organismos de las Naciones Unidas, en particular ACNUR, las oficinas de la OMS de los países vecinos efectuaron un seguimiento de las poblaciones que habían salido de la República Árabe Siria. La oficina auxiliar de la OMS en Gaziantep organizó y puso en marcha el apoyo a las zonas accesibles solo desde Turquía. Todos los suministros adquiridos por la oficina de la OMS en Gaziantep se consignaron inicialmente al norte de Siria, y se distribuyeron posteriormente a Alepo para apoyar los servicios de salud de ocho hospitales.

41. La OMS y sus asociados han reiterado su condena a los ataques contra el personal de salud, los retrasos en las evacuaciones médicas y la retirada de medicamentos y otros suministros médicos de los convoyes. La OMS ofrece periódicamente información actualizada sobre las necesidades sanitarias y humanitarias a los miembros del Grupo Internacional de Apoyo a Siria para orientar las negociaciones políticas y de paz. En Gaziantep, el Grupo de Acción Sanitaria ha establecido un mecanismo para notificar periódicamente los ataques contra el personal sanitario y los centros de atención de salud en la República Árabe Siria.

42. A 30 de septiembre, la OMS había recibido el 24,6% de los US$ 155 millones solicitados para operaciones en la República Árabe Siria.

Yemen

43. En el Yemen, el conflicto que estalló en marzo de 2015 ha tenido considerables repercusiones para la mayoría de la población: más de 21 millones de personas necesitan asistencia humanitaria, y 10,6 millones deberían recibir intervenciones sanitarias, en particular 3,1 millones de desplazados internos. Después de que las conversaciones de paz de agosto de 2016 no condujeran al final del conflicto, el número de fallecidos al mes aumentó radicalmente: solo en agosto dicha cifra se duplicó. La infraestructura ha sufrido un daño y una destrucción generalizados. Las restricciones sobre las importaciones comerciales han provocado una grave escasez de combustible, alimentos y medicamentos.

44. Más de la mitad de los establecimientos sanitarios de las prefecturas con problemas de seguridad han dejado de funcionar o solo funcionan parcialmente. Casi 600 de los 3507 establecimientos sanitarios de 16 prefecturas han dejado de funcionar. Los profesionales sanitarios más cualificados han abandonado el país debido al conflicto, lo que ha creado un déficit de prestación de servicios de atención primaria, traumatología, cirugía y obstetricia. En agosto de 2016, el Ministerio de Salud Pública y Población informó a la OMS de que solo puede pagar el salario de los trabajadores sanitarios de los principales hospitales y establecimientos de salud, lo que perturbará aún más el funcionamiento de los servicios de salud.

45. La OMS tiene a 62 trabajadores nacionales y a 13 trabajadores internacionales en el Yemen. Además de su oficina principal en Saná y una oficina secundaria en Aden, la OMS ha ampliado su presencia con oficinas secundarias en las prefecturas de Hodeida, Hadramout, Amran y Saada, y otra oficina secundaria que abarca las prefecturas de Ibb y Taiz. La Oficina de la OMS en el Yemen también cuenta con una oficina de enlace en Ammán (Jordania) y una base logística en la ciudad de Djibouti (Djibouti).

46. La OMS y el Ministerio de Salud Pública y Población codirigen el Grupo de Acción Sanitaria, que tiene 32 asociados. Pese al deterioro de la situación en materia de seguridad, la restricción del acceso a la asistencia humanitaria y la disponibilidad limitada de financiación externa, la OMS y sus asociados han ido respondiendo a las crecientes necesidades sanitarias garantizando la funcionalidad

de los establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria, reabriendo establecimientos de salud y manteniendo la cadena de suministro de medicamentos y la cadena de frío.

47. En septiembre de 2016, la OMS había ayudado al Ministerio de Salud Pública y Población a adquirir y distribuir más de 475 toneladas de medicamentos, suministros médicos y vacunas; a capacitar y desplegar a 22 equipos móviles (11 junto con el Ministerio y 11 junto con los asociados); y a brindar apoyo a 29 establecimientos de salud de 16 prefecturas. La OMS también ha suministrado aproximadamente 1 millón de litros de combustible a 88 hospitales. La OMS y sus asociados en materia de salud han financiado el tratamiento de más de 2 millones de pacientes, miles de los cuales han necesitado atención traumatológica y cirugía.

48. Por otro lado, la OMS ha suministrado unos 19 millones de litros de agua potable a establecimientos sanitarios y desplazados internos, y ha proporcionado insumos de higiene a estos últimos en todas las prefecturas afectadas. Se vacunó contra la poliomielitis a un total de 4,8 millones de los 5,1 millones de niños menores de cinco años (el 92%) que se preveía vacunar, y el 92% de la población destinataria fue vacunada contra el sarampión y la rubéola en zonas de alto riesgo. Desde enero de 2016, el sistema de vigilancia ha generado e investigado 12 500 alertas de enfermedades y ha brindado apoyo al Ministerio de Salud Pública y Población en materia de preparación y respuesta, en particular en la elaboración de un plan de lucha contra el cólera y un plan de respuesta al dengue.

49. En 2016, el Grupo de Acción Sanitaria solicitó US$ 184 millones, incluidos US$ 124 millones para la OMS, con el fin de satisfacer las necesidades sanitarias de 10,6 millones de beneficiarios, entre ellos 3,1 millones de desplazados internos. Al 31 de agosto de 2016, el déficit de financiación de la OMS era del 65%. La crisis financiera actual está planteando una grave amenaza para el funcionamiento de los establecimientos de salud.

BROTE DE ENFERMEDAD POR EL VIRUS DE ZIKA (EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL)

50. En vista de la propagación continuada del virus de Zika y de la fuerte asociación entre la infección por el virus de Zika y el aumento de la detección de casos de malformaciones congénitas y trastornos neurológicos, la Directora General declaró el 1 de febrero de 2016 que el conglomerado de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos notificados en el Brasil, similar al producido en la Polinesia francesa en 2014, constituía una emergencia pública de importancia internacional. En el momento de redactar el presente informe, un total de 75 países, zonas y territorios han notificado brotes de transmisión local del virus de Zika. La Secretaría prevé que el virus de Zika se seguirá expandiendo, y la transmisión local es posible en todos los países, zonas y territorios donde están presentes los mosquitos del género *Aedes*, que son los vectores competentes del virus.

51. Los expertos de la Secretaría y otros expertos internacionales han concluido que la infección por el virus de Zika durante el embarazo causa malformaciones cerebrales congénitas, incluida la microcefalia. La infección por el virus de Zika también puede provocar el síndrome de Guillain-Barré. Existen cada vez más pruebas que demuestran que la transmisión sexual del virus de Zika es posible y más frecuente de lo que se suponía.

52. El 1 de septiembre de 2016, la Directora general convocó la cuarta reunión del Comité de Emergencia establecido en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la microcefalia, otros trastornos neurológicos y el virus de Zika. Sobre la base del asesoramiento proporcionado por el Comité de Emergencia, la Directora General declaró que se mantenía la emergencia de salud

pública de importancia internacional.[1] El Comité recomendó que la Directora General considerara la posibilidad de elaborar un plan apropiado de infraestructura y respuesta dentro de la OMS para garantizar la coordinación y la rendición de cuentas a más largo plazo.

53. La Secretaría alienta a los Estados Miembros a seguir notificando los casos de infección por el virus de Zika, de síndrome congénito por el virus de Zika y de síndrome de Guillain-Barré para contribuir a una mejor comprensión mundial de la circulación del virus, incluidos sus linajes y cepas, y del vínculo causal. La Secretaría sigue elaborando y actualizando orientaciones sobre todos los aspectos de la preparación y la gestión de la respuesta a la infección por el virus de Zika.

54. La OMS y sus asociados han puesto en marcha un plan revisado de respuesta estratégica al Zika (julio de 2016 a diciembre de 2017) para guiar la respuesta internacional. El plan revisado pone un mayor énfasis en la prevención y la atención clínica de las complicaciones médicas provocadas por la infección por el virus de Zika y en la ampliación de las capacidades de los sistemas de salud.

55. La Oficina Regional para las Américas necesita US$ 39,6 millones para aplicar el Marco de respuesta estratégica durante el periodo que se extiende de julio de 2016 a diciembre de 2017. Aunque los fondos fueron escasos durante los primeros cinco meses de la respuesta, al 29 de septiembre la Oficina Regional para las Américas había movilizado US$ 21,5 millones de 12 donantes para la respuesta mundial a la enfermedad por el virus de Zika, lo que dejó un déficit de financiación del 46%. La suma movilizada ha garantizado la continuidad de las actividades básicas y ha proporcionado apoyo a la estructura del sistema de gestión de incidentes en la Sede y en todas las regiones. Además, estos fondos permitieron reembolsar US$ 1 millón al Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias, que había destinado US$ 3,8 millones a la respuesta a la enfermedad por el virus de Zika en febrero de 2016. Dado que la respuesta está pasando de un contexto de emergencia aguda a un programa a más largo plazo, la financiación también debe cambiar para apoyar los programas de desarrollo y asistencia técnica nacionales e internacionales a más largo plazo.

BROTE DE ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL EBOLA (EMERGENCIA PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL)

56. El 29 de marzo de 2016, la Directora General dio por terminada la emergencia pública de importancia internacional relacionada con el brote de enfermedad por el virus del Ebola en África occidental, de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Se notificaron un total de 28 616 casos confirmados, probables y posibles en Guinea, Liberia y Sierra Leona, de los que 11 310 fueron mortales. El último caso resultante de las formas usuales de transmisión de persona a persona ocurrió en Guinea en octubre de 2015; el último caso documentado asociado a la persistencia del virus en supervivientes ocurrió en Liberia en abril de 2016. El 9 de junio de 2016, la OMS declaró el fin del brote más reciente de enfermedad por el virus del Ebola en Liberia. La OMS y sus asociados siguen trabajando para atender las necesidades de los supervivientes y fortalecer las capacidades de los tres países más afectados de detectar y responder a posibles brotes futuros de la enfermedad por el virus del Ebola y otras enfermedades.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

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

[1] Tras la redacción del informe, el Comité de Expertos revisó las pruebas en su quinta reunión el 18 de noviembre de 2016. Teniendo en cuenta el asesoramiento del Comité, la Directora General declaró el final de la emergencia pública de importancia internacional pero volvió a formular recomendaciones temporales.

ANEXO 1

LISTA DE EMERGENCIAS AGUDAS/CLASIFICADAS DURANTE EL PERIODO CONSIDERADO (1 DE ENERO - 1 DE OCTUBRE DE 2016)

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	28/10/2015		1
Angola	Brote de fiebre amarilla	12/02/2016		2
Bangladesh	Ciclón tropical Roanu	21/05/2016		1
Camerún	Conflicto/disturbios civiles	01/04/2015	18/08/2016	2
Ecuador	Terremoto	17/04/2016		2
Etiopía	Consecuencias del fenómeno de El Niño	18/11/2015		2
Fiji	Ciclón tropical Winston	24/02/2016		1
Filipinas	Conflicto Moro-Mindanao	24/10/2013		2
	Tifón Koppu	25/10/2015		1
Guinea	Brote de ebola	24/03/2014	01/06/2016 (finalización de la vigencia del grado)	Sin grado
Indonesia	Erupción del monte Sinabung	22/05/2016		1
Iraq	Conflicto/disturbios civiles	12/08/2014		3
Kenya	Brote de enfermedad respiratoria aguda grave	20/04/2016		1
Liberia	Brote de ebola	26/07/2014	09/06/2016 (finalización de la vigencia del grado)	Sin grado
Libia	Conflicto/disturbios civiles	28/08/2014 (grado 1)	10/12/2015	2
Malí	Conflicto/disturbios civiles	04/02/2013 (grado 2)	16/10/2015	1
Myanmar	Inundaciones	12/08/2015		2
Níger	Conflicto/disturbios civiles	01/04/2015	18/08/2016	2
	Fiebre del Valle del Rift	26/09/2016		2
Nigeria	Emergencia compleja	01/04/2015 (grado 2)	18/08/2016	3
Pakistán	Terremoto	28/10/2015		1
	Desplazamiento	20/06/2014		1
Papua Nueva Guinea	Sequía relacionada con El Niño /inseguridad alimentaria	01/09/2015	31/05/2016	1
República Árabe Siria	Conflicto/disturbios civiles	03/01/2013	26/08/2015	3
República Centroafricana	Conflicto/disturbios civiles	13/12/2013 (grado 3)	03/06/2015	2

País, territorio o zona/emergencia	Tipo de crisis	Fecha de clasificación inicial de la emergencia	Fecha de revisión de la clasificación	Grado actual
República Democrática del Congo	Brote de cólera	23/06/2016		2
	Brote de fiebre amarilla	27/04/2016		2
	Emergencia compleja	20/07/2013		2
República Democrática Popular de Corea	Inundaciones	12/09/2016		1
República Unida de Tanzanía	Desplazamiento de refugiados	18/05/2015 (grado 1)	15/12/2015	2
	Brote de cólera	15/12/2015		2
Ribera Occidental y Franja de Gaza	Conflicto/disturbios civiles	13/07/2014 (grado 2)	10/11/2015	1
Sierra Leona	Brote de ebola	26/07/2014	09/06/2016 (finalización de la vigencia del grado)	Sin grado
Sri Lanka	Inundaciones /corrimientos de tierras	15/05/2016		1
Sudán del Sur	Conflicto/disturbios civiles	12/02/2014	12/02/2015	3
Tailandia	Conflicto/disturbios civiles	19/10/2013		1
Ucrania	Conflicto/disturbios civiles	20/02/2013 (grado 1)	12/02/2015	2
Yemen	Emergencia compleja	04/04/2015 (grado 2)	01/07/2015	3
Brote de Zika – en el mundo (75 países)	Emergencia de salud pública de importancia internacional	20/01/2016		2

ANEXO 2

MEDIDAS ADOPTADAS POR LA OMS EN EMERGENCIAS DE GRADO 2

El cólera en la Región de África

1. Durante el periodo considerado, 13 países, zonas y territorios notificaron un total acumulado de unos 99 000 casos de cólera y 2000 muertes relacionadas con esta enfermedad. Tres países registraron el 87% de todos los casos de cólera: la República Democrática del Congo (43%, tasa de letalidad del 2,5%), la República Unida de Tanzanía (27%, tasa de letalidad del 1,5%) y Kenya (17%, tasa de letalidad del 1,3%). El aumento de los brotes de cólera en 2016 se debe probablemente a las intensas lluvias y al efecto de El Niño en África oriental y meridional, así como a las crisis humanitarias en Burundi, la República Centroafricana y el Sudán del Sur asociadas al desplazamiento de miles de personas.

Cuadro. El cólera en la Región de África, junio de 2015 a junio de 2016

País	Inicio	Desactivación o rebaja del grado del brote
Benin	17 de febrero de 2016	Activo
Burundi	1 de agosto de 2016	Activo
Etiopía	7 de noviembre de 2015	Activo
Kenya	1 de junio de 2015	Controlado
Malawi	18 de diciembre de 2015	Controlado
Mozambique	1 de agosto de 2015	Controlado
Nigeria	7 de septiembre de 2016	Activo
República Centroafricana	1 de agosto de 2016	Activo
República Democrática del Congo	20 de septiembre de 2015	Activo
República Unida de Tanzanía	21 de agosto de 2015	Activo
Sudán del Sur	1 de junio de 2015	Activo
Uganda	1 de octubre de 2015	Activo
Zambia	4 de febrero de 2015	Activo

2. En respuesta a los múltiples brotes de cólera, la OMS y sus asociados proporcionan apoyo a los ministerios de salud pertinentes en materia de coordinación, vigilancia, capacidad de laboratorio, gestión de casos, intervenciones relativas al agua, el saneamiento y la higiene, movilización social, logística y suministros. Para responder a los brotes se llevaron a cabo campañas de vacunación oral contra el cólera en el Camerún, Malawi, la República Unida de Tanzanía y Sudán del Sur. Se ha observado una tendencia general a la reducción del número de casos en algunos países, entre ellos Malawi, Mozambique, la República Unida de Tanzanía y Zambia. La OMS está ayudando a los países a elaborar

planes multisectoriales y multidisciplinarios de varios años de duración para reforzar la preparación y la respuesta al cólera.

3. La prevención y el control del cólera siguen siendo difíciles debido a la debilidad de los sistemas de salud y a la insuficiencia de la capacidad de los países en materia de preparación y respuesta. Sigue habiendo una escasa implicación multisectorial e interinstitucional para abordar de forma efectiva las causas profundas del cólera y otras enfermedades transmitidas por el agua. Se precisa entablar una colaboración transfronteriza para reforzar la prevención y el control del cólera, especialmente a nivel subregional.

República Centroafricana

4. En los últimos tres años, la República Centroafricana ha experimentado una importante crisis política y un conflicto violento que ha afectado casi a la totalidad de la población. Unos 2,3 millones de personas —más de la mitad de la población— necesitan asistencia. Más de 1,1 millones de personas requieren intervenciones sanitarias, entre ellas 385 750 desplazados internos. Debido a los frecuentes enfrentamientos armados, la prestación de asistencia vital es extremadamente difícil y riesgosa. La OMS y sus asociados están ayudando al Ministerio de Salud a atender las necesidades sanitarias de las personas afectadas y a reforzar la alerta temprana de enfermedades, el control de brotes y la respuesta a ellos, y los sistemas de salud.

5. El Gobierno declaró una epidemia de cólera el 10 de agosto de 2016. Entre el 27 de julio y el 30 de septiembre se notificaron 265 casos posibles de cólera, 20 de ellos mortales, en los seis distritos sanitarios que bordean el río Ubangui. Desde la semana 34 (22 a 28 de agosto) se ha observado una disminución del número de casos de cólera. Los asociados en materia de salud y de agua, saneamiento e higiene están ayudando al Ministerio de Salud a reforzar la respuesta al brote proporcionando servicios de vigilancia de casos y pruebas de laboratorio, gestión de casos, logística y seguridad, realizando actividades de movilización social y llevando a cabo intervenciones en materia de agua, higiene y saneamiento.

6. Además, la OMS y sus asociados están respaldando la respuesta a un brote de viruela símica en la subprefectura de Mingala de la prefectura de Basse Kotto, donde se notificaron 20 casos, dos de ellos mortales, entre el 17 de agosto y el 1 de octubre.

Ecuador

7. El 16 de abril de 2016, un terremoto de magnitud 7,8 golpeó las zonas costeras de la parte noroccidental del Ecuador, cuyo epicentro se situó unos 170 km al noroeste de Quito, la capital. Seis provincias sufrieron un grave impacto, sobre todo Manabí y Esmeraldas, pero también Santa Elena, Guayas, Santo Domingo de los Tsáchilas y Los Ríos. El Gobierno del Ecuador declaró el estado de emergencia poco después del terremoto.

8. La Oficina Regional para las Américas/OPS proporcionó conocimientos técnicos especializados (p. ej., para la evaluación de los hospitales mediante el Índice de Seguridad Hospitalaria de la OMS y el establecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica) y apoyo operacional (p. ej., mediante actividades de coordinación y logística) a la respuesta nacional al terremoto, y está ayudando al Gobierno del Ecuador en la estrategia de recuperación.

Etiopía

9. En Etiopía, más de 200 000 personas siguen desplazadas debido a las inundaciones y 458 000 personas están gravemente malnutridas tras la sequía provocada por el fenómeno de El Niño.

Solo en la región de Oromia se trataron 1635 casos de malnutrición aguda grave en centros de tratamiento. Además, la región ha notificado 64 143 casos de malnutrición aguda grave que han recibido tratamiento ambulatorio, y 7901 casos de pacientes que están recibiendo tratamiento en centros de estabilización, con el apoyo de la OMS. Los casos de malnutrición aguda severa en la región de Oromia representan el 48% de las cifras nacionales.

10. La OMS y sus asociados también han respaldado la respuesta a los brotes de enfermedades infecciosas en las regiones de Amhara y Somali; en este contexto, las autoridades sanitarias locales han realizado labores de gestión de casos y campañas de vacunación. La OMS apoya al Gobierno en la dirección del Grupo de Acción Sanitaria con el fin de coordinar la respuesta a nivel nacional y subnacional.

Libia

11. En los últimos cinco años, la violencia, el conflicto y la inestabilidad se han extendido a la práctica totalidad del país: más de tres millones de personas —casi la mitad de la población— se han visto afectadas, 435 000 personas han huido de sus hogares, y 175 000 desplazados internos están sufriendo inseguridad alimentaria. En el Plan de respuesta humanitaria puesto en marcha en diciembre de 2015 se identificó la salud como la principal prioridad humanitaria. Aproximadamente 1,9 millones de personas necesitan servicios sanitarios; el Grupo de Acción Sanitaria está prestando asistencia a 1,2 millones de personas. Según las informaciones, la situación en Sirte está empeorando tras las recientes operaciones militares, que han desplazado a unas 90 500 personas. Los asociados han realizado un llamamiento urgente para responder.

12. La OMS dirige los grupos de trabajo del sector de la salud, que hacen frente a dificultades debido a que el sistema de salud está fracturado, numerosos hospitales no funcionan, faltan recursos financieros y el personal sanitario es escaso. El acceso a zonas en conflicto plantea un enorme desafío. Sin embargo, la OMS y sus asociados han reforzado la cadena de suministro de medicamentos e insumos esenciales y han podido adquirir y proporcionar medicamentos y suministros para emergencias.

13. Además de mejorar el acceso a medicamentos que salvan vidas, la OMS estableció un sistema de alerta temprana de enfermedades en soporte informático y de tableta en 24 sitios centinela para mitigar el riesgo de brotes. Junto con el UNICEF, la OMS realizó la primera campaña de vacunación contra la poliomielitis, con la que inmunizó a 1,3 millones de niños menores de seis años, entre ellos desplazados internos e inmigrantes. La OMS ha capacitado a psiquiatras y psicólogos para garantizar la prestación de servicios de salud mental a aquellas personas que los necesiten.

14. Las labores en el país son realizadas por funcionarios locales. Las operaciones son gestionadas desde lejos, concretamente desde Túnez, debido a que los altos niveles de inseguridad impiden a la OMS y a sus asociados desplegar a funcionarios internacionales dentro de Libia. Se han recibido US$ 6,5 millones de los US$ 50,3 millones solicitados por la OMS para sus actividades en Libia.

Níger

15. Entre el 2 de agosto y el 22 de septiembre de 2016, se notificaron 60 casos de fiebre del Valle del Rift, 23 de ellos mortales, en el departamento sanitario de Tchintabaraden de la región de Tahoua (Níger), los cuales representan el primer brote de este tipo sufrido por el país. El 21 de septiembre de 2016, las autoridades sanitarias de Níger declararon una epidemia. El 26 de septiembre, la OMS clasificó el brote como un evento de grado 2. La OMS ha establecido un sistema de gestión de incidentes, y está reforzando activamente la respuesta al brote, especialmente la capacidad de los laboratorios en materia de diagnóstico de la fiebre del Valle del Rift. Como el virus de la fiebre del Valle

del Rift se transmite a los humanos principalmente mediante el contacto con el ganado, la OMS está colaborando estrechamente con la FAO y la OIE. La Oficina Regional para África ha proporcionado orientaciones a los países vecinos, incluidos Benin, Burkina Faso, Chad, Malí y Nigeria, para reforzar la vigilancia y minimizar el riesgo de propagación de la enfermedad.

Ucrania

16. El conflicto que estalló en Ucrania en 2014 ha dividido al país: ha afectado a 3,1 millones de personas, desplazado a casi tres millones y provocado 10 000 muertes. La OMS ha organizado una respuesta a gran escala: ha suministrado insumos médicos para ayudar a los establecimientos en donde se ha proporcionado tratamiento a cerca de dos millones de personas, incluido tratamiento especializado para enfermedades respiratorias agudas, la diabetes, enfermedades diarreicas y la infección por el VIH, y ha prestado servicios de cirugía compleja, obstetricia y pruebas de laboratorio. La OMS apoya las actividades de vigilancia y respuesta a enfermedades y una red exhaustiva de unidades médicas móviles para prestar servicios sanitarios a los desplazados internos. La OMS y sus asociados están trabajando en la aplicación de una nueva estrategia de respuesta a crisis con un mayor énfasis geográfico para que las intervenciones de asistencia humanitaria se conviertan en planes de respuesta a crisis prolongadas, y están contactando con donantes para pedirles su apoyo.

El brote de fiebre amarilla en Angola y la República Democrática del Congo

17. En diciembre de 2015 se notificó por primera vez en Angola un brote de fiebre amarilla que se confirmó en enero de 2016. El número de casos aumentó rápidamente, y la OMS declaró el evento una emergencia de grado 2 el 12 de febrero de 2016. Al 23 de septiembre de 2016, 16 de las 18 provincias de Angola habían notificado casos confirmados, y a nivel nacional se registraron en total 4100 casos posibles, 884 casos confirmados y 121 muertes. Posteriormente se confirmaron casos importados desde Angola en la República Democrática del Congo (57 casos), China (11 casos) y Kenya (2 casos).

18. La República Democrática del Congo declaró un brote de fiebre amarilla el 23 de abril de 2016. Al 23 de septiembre, el país había notificado 2707 casos posibles, 76 casos confirmados y 16 muertes. De los casos confirmados, 57 habían sido importados desde Angola, 13 eran casos autóctonos notificados en tres provincias (Kinshasa, Kongo Central y Kwango) y seis eran casos de fiebre amarilla selvática no relacionados con el brote.

19. Unganda notificó 51 casos posibles y siete casos confirmados mediante pruebas de laboratorio en tres distritos: Masaka, Rukungiri y Kalangala. El brote no estaba relacionado con el de Angola, y el 6 de septiembre se declaró su finalización. Se han notificado otros brotes de fiebre amarilla en otros lugares: en el Perú (59 casos selváticos confirmados en zonas endémicas conocidas), en el Brasil (un caso selvático confirmado) y en Colombia (17 casos selváticos). Ninguno de estos brotes tiene un vínculo epidemiológico con Angola.

20. Se estableció un sistema de gestión de incidentes en la sede de la OMS y a nivel regional y nacional para la respuesta en Angola y la República Democrática del Congo. Este sistema posibilitó la elaboración de planes estratégicos y operacionales conjuntos. Los Gobiernos de Angola y la República Democrática del Congo organizaron campañas de vacunación masiva días después de la declaración del brote. Habida cuenta del escaso número de dosis de vacuna antiamarílica disponibles, se dio prioridad a los distritos con circulación del virus y/o con elevado riesgo de exportación del virus a zonas vecinas. La OMS aconsejó a todos los países fronterizos o con vínculos con Angola que vigilaran la situación y aplicaran la política de que una dosis de vacuna antiamarílica confiere inmunidad de por vida a los viajeros que se desplazan hacia o desde Angola u otros países donde la fiebre amarilla es endémica. Los países afectados están llevando a cabo una estricta vigilancia en los puntos de entrada,

en particular comprobando el historial de vacunación de los viajeros y facilitándoles la vacuna cuando proceda.

21. Al 21 de septiembre de 2016, 16 200 820 personas de 73 distritos de Angola habían sido vacunadas, lo que representa una cobertura de vacunación del 95%. La siguiente fase de las campañas de vacunación irá dirigida a 2 136 225 personas de los 12 distritos de alto riesgo restantes. La República Democrática del Congo organizó campañas en 11 distritos de las provincias de Kongo Central y Kinshasa, donde se vacunó a 3 107 488 personas. Mediante la campaña de Kinshasa y aquella centrada en la zona fronteriza con Angola se vacunó a 10 474 988 personas, lo que supone una cobertura de vacunación del 90% o más en todos los distritos. Habida cuenta de la escasez de dosis de vacuna antiamarílica, las personas vacunadas en las campañas de Kinshasa recibieron una dosis fraccionada (0,1 ml), que proporciona inmunidad durante al menos un año. Los niños menores de dos años y las mujeres embarazadas, así como las personas que viven en la zona fronteriza con Angola, recibieron una dosis completa.

22. La segunda reunión (por teleconferencia) del Comité de Emergencia establecido en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la fiebre amarilla se reunió el 31 de agosto de 2016. Como en la primera reunión celebrada en mayo, el Comité decidió que los brotes no constituían una emergencia de salud pública de importancia internacional, pero concluyó que el brote sigue siendo un problema grave de salud pública que requiere la adopción continuada de medidas a nivel nacional y apoyo internacional. El Comité aconsejó intensificar la vigilancia en Angola y la República Democrática del Congo y la puesta en marcha de campañas de vacunación preventivas en el Congo.

23. Se están adoptando medidas para interrumpir la circulación del virus e impedir que se siga propagando. Los Gobiernos de Angola y la República Democrática del Gongo están planificando las últimas campañas de vacunación preventivas y de respuesta en distritos de alto riesgo. Se están manteniendo conversaciones con los donantes para cubrir los costos operacionales y de las vacunas. Los Gobiernos tienen previsto administrar una dosis completa de la vacuna a todas las personas de todos los distritos que cumplan los criterios para recibirla.

= = =