



## **Contexto y retos actuales; detención de la epidemia, y preparación en los países y regiones no afectados**

### **Informe de la Secretaría**

1. El brote de la enfermedad por el virus del Ebola (EVE, o Ebola) es el mayor y más complejo brote registrado de esa enfermedad, con un número sin precedente de países afectados y miles de casos y defunciones.<sup>1</sup> La transmisión generalizada e intensa que está devastando familias y comunidades pone en peligro servicios públicos y sanitarios esenciales, debilita las economías y aísla a las poblaciones afectadas. La epidemia ha tenido amplias repercusiones en la estabilidad socioeconómica de la región, y debido a la facilidad de los viajes internacionales y a los flujos de desplazamiento de población, representa una amenaza para la seguridad sanitaria mundial. Además, el brote ha generado una enorme presión sobre las capacidades nacionales e internacionales de respuesta, incluidas las estructuras, los sistemas y las capacidades de la OMS para responder a brotes y situaciones de emergencia.
2. El presente documento contextualiza el brote, proporciona un resumen sobre la propagación del virus, la respuesta en los países y en el mundo, las actividades de preparación, investigación y desarrollo, y la creación de sistemas de salud resistentes en los países afectados. El documento concluye con un panorama general de la estrategia para poner fin al brote.

### **CONTEXTO DE LA EPIDEMIA DE EBOLA EN ÁFRICA OCCIDENTAL**

3. Los primeros casos del actual brote de ebola en África occidental se diagnosticaron a fines de marzo de 2014 en Guinea. Para entonces, el virus había circulado sin ser detectado durante al menos tres meses, y se había propagado más allá de las fronteras, hacia los vecinos, Liberia y Sierra Leona; se cree que el primer caso se produjo en diciembre de 2013 en la prefectura de Guéckédou. Los tres países atravesaban dificultades económicas a raíz de años de guerra civil e inestabilidad, y a pesar de los denodados esfuerzos realizados, sus sistemas de salud seguían debilitados, especialmente en lo relativo a vigilancia y capacidad de laboratorio. La población con familias y comunidades interrelacionadas próximas a las fronteras permeables se desplazaban con facilidad y frecuencia entre los países. En los decenios precedentes, la tala de árboles y la minería habían modificado la ecología de zonas densamente forestadas. Los murciélagos frugívoros, que se cree son el reservorio natural del

---

<sup>1</sup> Informes de situación: <http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/en/>.

virus, se acercaron a los asentamientos humanos. En su conjunto, esta situación favoreció la propagación del virus del Ebola.

4. Dado que la enfermedad por el virus del Ebola no se había registrado antes en Guinea, Liberia<sup>1</sup> ni Sierra Leona, los profesionales sanitarios pensaron inicialmente que los pacientes padecían otras enfermedades más habituales o prevalentes, tales como el cólera o la fiebre de Lassa. Cuando se diagnosticó el ebola y se notificó a la comunidad internacional, el virus ya se había propagado ampliamente a través de numerosas cadenas de transmisión en zonas rurales aisladas, así como en ciudades, entre ellas Conakry. La amplitud de las infecciones transfronterizas debilitó los efectos de las medidas de control convencionales. Algunas prácticas y hábitos tradicionales y culturales, incluidas las costumbres funerarias, contribuyeron a la persistencia e intensidad de la transmisión del virus.

5. En julio el virus llegó a Nigeria en lo que se considera el primer caso conocido de propagación del ebola por transporte aéreo. Ulteriores casos importados registrados en España, los Estados Unidos de América, Malí, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y el Senegal<sup>2</sup> han reafirmado el carácter global del brote y su peligrosidad para la seguridad sanitaria mundial.

## RESPUESTA

### Intensificación de las actividades de respuesta

6. Para la segunda quincena de junio de 2014, la dinámica de transmisión de la enfermedad puso de manifiesto que este brote era un reto mayor que los anteriores. En junio, gracias al pleno compromiso y liderazgo de los presidentes de Guinea, Liberia y Sierra Leona, y tras una reunión de emergencia de los Ministros de Salud de 11 países africanos, se estableció en Conakry (Guinea) un Centro Subregional de Coordinación de Operaciones relacionadas con la EVE. A fines de agosto de 2014, a pesar de los esfuerzos realizados por los gobiernos nacionales y los asociados internacionales, los casos registrados en los tres países más gravemente afectados iban en aumento a una tasa que superaba con creces la capacidad del conjunto tradicional de medidas básicas para controlar el ebola, consistentes en *i*) detección de casos y rastreo de contactos; *ii*) participación y compromiso de la comunidad; *iii*) tratamiento de los casos; y *iv*) inhumación segura y digna. Ahora bien, la capacidad para intensificar esas intervenciones se vio limitada por la magnitud, la propagación geográfica y la complejidad del brote. Muchos de los retos se relacionaban con factores críticos tales como las capacidades logísticas, el transporte aéreo, la remuneración y la capacitación del personal nacional, la movilización de conocimientos técnicos internacionales, la atención médica y la seguridad de los profesionales sanitarios, la existencia de instalaciones adecuadas para el aislamiento, la atención y el tratamiento, así como la disponibilidad de insumos esenciales, y los enfoques impulsados por la comunidad para frenar la propagación de la enfermedad por el virus del Ebola.

7. El 28 de agosto de 2014 la OMS difundió una hoja de ruta sobre la respuesta al ebola con el fin de prestar asistencia a los gobiernos y asociados en la revisión, dotación de recursos y aplicación de planes operacionales específicos para responder al ebola en cada país. Con miras a organizar el apoyo

---

<sup>1</sup> En diciembre de 1995 se registró un caso aislado de la enfermedad por el virus del Ebola en Plibo (Liberia), sin transmisión secundaria.

<sup>2</sup> El 24 de agosto de 2014, la República Democrática del Congo notificó a la OMS un brote de enfermedad por el virus del Ebola en el condado de Jeera, provincia de Equateur. Ese brote no guardaba relación con los que afectan a la región de África occidental. El 20 de noviembre de 2014, o sea 42 días después de la segunda prueba negativa del último caso, se declaró eliminado el brote.

internacional a los más amplios esfuerzos necesarios para llevar a cabo las actividades nacionales de control del ebola y asegurar la continuidad de los servicios esenciales, las Naciones Unidas pusieron en marcha el Plan STEPP,<sup>1</sup> que incorpora la hoja de ruta de la OMS sobre la respuesta al ebola, y el 18 de septiembre de 2014 establecieron la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ebola (UNMEER)<sup>2</sup> con miras a facilitar la ejecución del Plan. En vista de la magnitud y el alcance sin precedentes del brote, el Plan STEPP se basaba en un enfoque progresivo cuya primera fase se concibió principalmente con el fin de desacelerar el aumento exponencial de nuevos casos lo más rápidamente posible, para lo cual se hizo hincapié en la construcción urgente de centros de tratamiento, las inhumaciones seguras y dignas y la promoción de cambios de comportamientos, de forma tal que se pudiese reducir rápidamente la intensidad de la transmisión. Inmediatamente tras su establecimiento, la UNMEER se fijó el objetivo de aislar el 70% de los casos y realizar el 70% de las inhumaciones de manera segura y digna para el 1 de diciembre de 2014.

8. Los Estados Miembros desempeñan una función crucial en la respuesta para apoyar a los países afectados mediante el suministro de ayuda financiera esencial, equipo de protección personal, servicios de laboratorio, centros de tratamiento del ebola y, quizá lo más importante, personal encargado de las actividades de respuesta. Fundamentalmente, los profesionales sanitarios locales e internacionales dedican sin desmayo sus días a los pacientes del ebola, y las comunidades locales se organizan para modificar comportamientos a fin de desacelerar la propagación de la enfermedad y gestionar las consecuencias del ebola. El apoyo internacional a la respuesta también tuvo efectos significativos. La ejecución de los trabajos incumbe a organismos, fondos y programas especializados de las Naciones Unidas, entre ellos el Programa Mundial de Alimentos, UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Los organismos nacionales, incluidos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, han puesto a disposición considerables capacidades técnicas, mientras que la dedicación de importantes recursos militares del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y los Estados Unidos de América han cambiado el aspecto de las operaciones y la logística. La Unión Africana y la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental se comprometieron a enviar numerosos expertos en salud clínica y pública a los países afectados. Los asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos enviaron rápidamente expertos en apoyo de la respuesta sobre el terreno. Organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, así como organizaciones humanitarias, gestionan centros de tratamiento del ebola y luchan directamente contra la enfermedad. La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ha capacitado y desplegado cientos de equipos para realizar inhumaciones seguras y dignas. Médicos Sin Fronteras gestiona centros de tratamiento en los tres países. Muchas otras ONG prestan apoyo en áreas clave que abarcan sistemas de comunicaciones, cartografía y construcción. La Organización Internacional para las Migraciones gestiona centros de tratamiento del ebola y apoya importantes esfuerzos relacionados con el control transfronterizo de la enfermedad en la región.

9. Gracias a los esfuerzos concertados de los gobiernos nacionales y sus asociados, a fines de diciembre de 2014 se elaboró un plan general de operaciones de respuesta; centros nacionales de operaciones de emergencia proporcionaron una mejor coordinación en cada país, se estableció un puente aéreo fiable en los países afectados y entre ellos, se realizaron enormes esfuerzos de comunicación

---

<sup>1</sup> Detener el brote, tratar a las personas infectadas, asegurar servicios esenciales, mantener la estabilidad y prevenir brotes en los países que actualmente no están afectados. Sírvase consultar *Ebola Virus Disease Outbreak: Overview of needs and requirement*, disponible en [https://docs.unocha.org/sites/dms/cap/ebola\\_outbreak\\_sep\\_2014.pdf](https://docs.unocha.org/sites/dms/cap/ebola_outbreak_sep_2014.pdf).

<sup>2</sup> Declaración del Secretario General sobre el establecimiento de la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ebola (UNMEER), disponible en <http://www.un.org/sg/statements/index.asp?nid=8006>.

pública y se duplicó con creces el número de camas para el tratamiento del ebola y de equipos de inhumación segura disponibles en la región. El crecimiento exponencial del número de casos se detuvo y, en ciertas zonas en las que los altos niveles de tratamiento y las inhumaciones seguras se combinaron con la intensiva detección de casos y el rastreo de contactos, la transmisión se redujo a cero. La sensibilización respecto del ebola y sus medidas de control fue alta en la mayor parte de las zonas de los tres países. Sin embargo, el grado en el que ese conocimiento se traduce en cambios de comportamientos es muy variable. Además, aunque en la actualidad la región dispone de capacidades suficientes para el tratamiento del ebola y la inhumación segura, la plena utilización de esas capacidades exige que las poblaciones afectadas pasen de la sensibilización comunitaria a asumir plenamente la ejecución del programa. Asimismo, es evidente que para eliminar el ebola en los tres países más afectados de África occidental será preciso combinar las actividades y capacidades de la primera fase con la detección de casos, el rastreo de contactos y el compromiso de la comunidad, y adecuar las actividades de respuesta al perfil epidemiológico de cada zona geográfica.

### **Actividades de preparación<sup>1</sup>**

10. Es imperioso que los países en los que no se registran casos de EVE estén preparados operativamente para la posible introducción del virus, de modo que se puedan adoptar medidas rápidas, decisivas y seguras para impedir la propagación de la enfermedad. Todas las regiones establecieron grupos especiales regionales sobre el ebola, elaboraron planes regionales de respuesta y, periódicamente, informaron a los ministerios de salud de sus países. Para mejorar la preparación contra el ebola, en todas las regiones de la OMS se realizaron importantes esfuerzos que incluyeron estudios regionales en línea destinados a evaluar la capacidad de los países para responder ante el ebola. Las oficinas regionales de la OMS también cuentan con planes de respuesta a la EVE, centros de operaciones de emergencia y equipos de respuesta rápida establecidos o en formación. Se están distribuyendo equipos de protección personal esencial con miras a responder a las necesidades inmediatas de los países en los que se detecten casos de EVE.

11. Los equipos internacionales de apoyo al fortalecimiento de la preparación contra el ebola, integrados por expertos de la UNMEER, la OMS y los asociados internacionales, han llevado a cabo misiones de evaluación en 14 países prioritarios de África. En todos los casos se observó que esos países necesitaban asistencia sustancial para alcanzar los niveles suficientes de preparación en muchos, si no en la totalidad, de los 11 componentes evaluados. En otros 71 países de todo el mundo se prestó apoyo para mejorar los niveles de preparación.

### **Reglamento Sanitario Internacional<sup>2</sup>**

12. El 8 de agosto de 2014 la Directora General declaró que el brote de ebola en África occidental era una emergencia de salud pública de importancia internacional. De conformidad con los requisitos de notificación del RSI, y por medio de otros conductos, los Estados Miembros han notificado desde entonces cientos de presuntos casos de ebola, cada uno de los cuales fue objeto de seguimiento con una importante dedicación de los limitados recursos financieros técnicos y humanos, a fin de verificarlos o descartarlos.

---

<sup>1</sup> Para más detalles sobre las actividades de preparación y los progresos y retos orientados a fortalecer las capacidades de alerta y respuesta de los Estados Miembros en lo concerniente a la EVE, véase el documento EBSS/3/INF./3 (EB136/INF./6).

<sup>2</sup> Para más detalles sobre el establecimiento y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en respuesta al brote de Ebola en África occidental, véase el documento EBSS/3/INF./4 (EB136/INF./7).

13. El Comité de Emergencia para el Ebola se ha reunido tres veces, en agosto, septiembre y octubre, y en cada ocasión la Directora General ha respaldado y difundido recomendaciones temporales. Esas recomendaciones incluyen la práctica de exámenes a los viajeros que salen de los países afectados y procedimientos de viaje habituales en todos los países no afectados. Específicamente, las recomendaciones temporales indican que no se deberían prohibir los viajes ni el comercio internacionales, excepto en relación con los casos de EVE y sus contactos. Sin embargo, algunos Estados Miembros no afectados por el ebola han introducido nuevas medidas sanitarias que incluyen restricciones a los viajes.

14. Para apoyar la aplicación de las recomendaciones, la OMS mantuvo comunicación periódica con los Estados Miembros y colaboró estrechamente con los asociados pertinentes. En particular, los directores de la OMS, la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI), la Organización Mundial del Turismo (OMT), el Consejo Internacional de Aeropuertos (ACI), la Asociación de Transporte Aéreo Internacional (IATA) y el Consejo Mundial de Viajes y Turismo (WTTC) decidieron establecer un grupo especial de viajes y transporte para que realizara un seguimiento y suministrara información oportuna al sector de viajes y turismo, así como a los viajeros. Otros organismos se sumaron posteriormente a la iniciativa, entre ellos la Organización Marítima Internacional (OMI), lo que amplió el alcance del grupo especial con la inclusión del transporte y el comercio.

### **Investigación y desarrollo<sup>1</sup>**

15. En respuesta al creciente brote y sobre la base de asesoramiento independiente especializado, así como de los mejores datos y supervisión ética disponibles, la comunidad de investigación y desarrollo adoptó programas de trabajo de emergencia para rastrear rápidamente posibles vacunas, terapias y medios diagnósticos para el ebola. En consecuencia, se preseleccionaron algunos productos que se seguirán investigando, entre ellos dos vacunas candidatas, dos medicamentos antivirales y sangre entera y plasma de convalecientes. Además, los Estados Miembros, los asociados y la OMS están considerando procedimientos de emergencia para la evaluación y el desarrollo acelerado de medios diagnósticos adecuados y exámenes conjuntos de protocolos para ensayos clínicos.

16. Se espera que en enero y febrero comiencen los ensayos clínicos de la fase 3 destinados a evaluar la eficacia de las principales vacunas candidatas en los tres países más afectados. Además, se prevé iniciar a fines de enero de 2015 los ensayos clínicos de la fase 2 de la vacuna ChAd3-ZEBOV en el Camerún, Ghana, Malí, Nigeria y el Senegal. En enero de 2015 comenzarán los ensayos clínicos de otras dos vacunas candidatas, y a lo largo del año entrarán en la fase de evaluación clínica otras vacunas candidatas. El 11 de diciembre de 2014, y con el fin de contribuir a superar problemas relativos al acceso, la Junta de la GAVI comprometió US\$ 300 millones para adquirir vacunas contra el ebola e inmunizar a las poblaciones de riesgo de los países afectados. Otros US\$ 90 millones se podrían utilizar para ayudar a los países a introducir las vacunas, reconstruir los devastados sistemas de salud y restablecer los servicios de inmunización en los países afectados por el ebola.

---

<sup>1</sup> Para más detalles sobre la situación relativa a vacunas, medicamentos y otras terapias e instrumentos específicos, así como a los progresos y desafíos en materia de disponibilidad de insumos, financiación y responsabilidad, véase el documento EBSS/3/INF./1 (EB136/INF./4).

## Desarrollar sistemas de salud resistentes en los países afectados por el ebola<sup>1</sup>

17. Al inicio del brote, la capacidad de los sistemas de salud en los países afectados era limitada, aun cuando había mejorado en determinadas áreas. Algunas funciones del sistema de salud consideradas esenciales requerían inversiones sustanciales, especialmente en infraestructura, logística, información sanitaria y gobernanza. El pequeño número de dispensadores de atención sanitaria cualificados prestaba servicios en condiciones de trabajo inapropiadas. El gasto público en salud, aunque había aumentado, era insuficiente, por lo que el gasto privado, principalmente en forma de pagos directos por los servicios de salud, era relativamente elevado. En particular, la capacidad de vigilancia y respuesta era débil, lo que dificultaba el intercambio de información y el desarrollo de una respuesta adecuada y oportuna al brote.

18. Un consenso incipiente sugiere que la recuperación de los sistemas de salud debe comenzar inmediatamente con la construcción de sistemas resistentes basados en el sentido de pertenencia y liderazgo del país. Esta labor exigirá compromisos a largo plazo de todos los agentes principales. Es imperioso integrar toda la gama de servicios de salud y aumentar las capacidades en materia de prevención, detección y respuesta. Se aprovecharán las enseñanzas adquiridas durante la respuesta a la actual crisis del ebola y los mecanismos de vigilancia se integrarán mejor en todos los niveles de los sistemas de salud. La responsabilidad de los gobiernos y asociados, así como la coordinación entre los donantes con miras a asegurar una recuperación sostenida, son elementos esenciales para que esos países puedan avanzar hacia los objetivos de la cobertura sanitaria universal.

## MIRANDO AL FUTURO<sup>2,3</sup>

19. Si bien se han registrado éxitos notables en los cuatro meses transcurridos desde el establecimiento de la UNMEER, las cifras siguen siendo preocupantes: se han notificado más de 20 000 casos de EVE confirmados, probables y sospechosos, y más de 7000 defunciones. El brote del ebola en África occidental se considerará superado 42 días después de que dos análisis de la presencia del virus en el último paciente arrojen resultados negativos.

20. Esto supone, necesariamente, una modificación del enfoque estratégico en la mayoría de los países afectados. La segunda fase de la respuesta se basa en la inversión inicial en logística, infraestructura y cambio de comportamiento, mediante la aplicación rigurosa de medidas de detección de casos y rastreo de contactos, esenciales para interrumpir las cadenas de transmisión del ebola. Incluso la transmisión generalizada e intensa del ebola se puede mitigar con la aplicación sistemática de esas tres intervenciones en los 63 países, distritos o prefecturas afectados. Las prioridades se adecuarán a la situación geográfica, los planes y metas se adaptarán al contexto local de cada distrito, condado y prefectura y se los actualizará periódicamente en función de la intensidad de la transmisión, el sentido de pertenencia de la comunidad y la capacidad para realizar las intervenciones básicas de control del ebola. Esto es particularmente aplicable en Guinea, donde el número de casos continúa aumentando.

---

<sup>1</sup> Para más detalles sobre las futuras actividades orientadas a fortalecer los sistemas de salud en los países afectados, véase el documento EBSS/3/INF./2 (EB136/INF./5).

<sup>2</sup> Para más detalles sobre la estrategia de la OMS destinada a poner fin al brote de Ebola en África occidental, véase el documento EBSS/3/3 (EB136/49).

<sup>3</sup> Para más detalles sobre otras enseñanzas adquiridas y medidas propuestas específicas de la región, véase el documento AFR/RC64//9 «Ebola virus outbreak in West Africa: Update and lessons learnt – Report of the Secretariat» (1 de agosto de 2014).

do lentamente y el número de prefecturas afectadas se ha duplicado con creces entre principios de octubre y fines de diciembre.

21. Actualmente, los prometedores progresos de posibles vacunas, tratamientos y productos diagnósticos para el ebola permiten esperar que esos instrumentos fortalezcan las actividades de respuesta mientras deban continuar los trabajos de preparación en los países a fin de prevenir una mayor propagación. Si bien algunos países podrían estar mejor preparados para la aparición de casos aislados de EVE, en muchos países persisten deficiencias en esferas tales como las estrategias de comunicación de riesgo, los procedimientos operativos normalizados para los equipos de respuesta rápida, la capacitación en materia de prevención y control de la infección y el tratamiento de casos de EVE, la capacidad para realizar análisis de EVE en el país y enviar muestras a laboratorios extranjeros en caso necesario, y las capacidades en los puntos de entrada.

22. Aunque la prevalencia general puede estar disminuyendo, persiste un riesgo considerable de que se produzcan brotes continuados. En las comunidades afectadas por el ebola o en peligro de infección o reinfección, la autocomplacencia puede menoscabar los progresos realizados para cambiar comportamientos de alto riesgo y permitir que el virus se propague geográficamente. El «cansancio del ebola» entre los donantes y comunidades es uno de los mayores peligros mientras persista la transmisión. Si el mundo desviara su atención de este brote y redujera el apoyo a la respuesta, el riesgo de que el ebola se vuelva endémico en esa subregión sería enorme. Esto se ve agravado por cuanto las comunidades se habitúan a la presencia del ebola y lo aceptan como una más de muchas enfermedades que pueden afectar a sus familias. Para identificar a personalidades locales influyentes (políticas, tribales, religiosas, mujeres, jóvenes) y lograr su plena participación será preciso pasar de los niveles generalmente altos de sensibilización comunitaria existentes, a un genuino sentido de pertenencia y al cambio de comportamiento necesario para eliminar el ebola de África occidental.

23. El firme liderazgo nacional y de las autoridades locales ha sido y seguirá siendo fundamental en la respuesta al ebola. A medida que la respuesta se descentralice hacia el nivel subnacional se deberán establecer en cada condado, distrito y prefectura de los tres países más afectados, centros de operaciones de emergencia plenamente funcionales, en los que se incorporarán los equipos sanitarios de las autoridades locales para desempeñar una función de liderazgo. Esos centros dirigirán el cambio en lo concerniente a la capacidad epidemiológica para lograr la vigilancia activa de alta calidad, la detección rápida y total de casos y el rastreo general de contactos, esencial para poner fin a este brote.

## **INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO**

24. Se invita al Consejo Ejecutivo a tomar nota del informe.

= = =