

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Informe de la Directora General

1. Con arreglo al párrafo 1 del artículo 54 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y a la resolución WHA61.2 (2008), los Estados Partes y la Directora General informan anualmente a la Asamblea de la Salud acerca de la aplicación del Reglamento. El presente informe da cuenta de la labor que en el marco del Reglamento llevó a cabo la Secretaría en relación con la respuesta internacional a los eventos y emergencias de salud pública de 2015, en particular la enfermedad por el virus del Ebola, el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), la poliomielitis y la gripe aviar. También se ofrece aquí información sobre la convocatoria del «Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado» y sobre la primera modificación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), tocante a la vacunación contra la fiebre amarilla.

PRINCIPALES EVENTOS Y EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA EN EL CURSO DE 2015

2. Entre el 1 de marzo y el 15 de octubre de 2015 se registraron 161 «eventos de salud pública». Durante esos meses la OMS publicó en el Sitio de Información sobre Eventos, destinado a los centros nacionales de enlace para el RSI, un total de 170 comunicaciones actualizadas relativas a 48 eventos de salud pública (lo que incluye información actualizada sobre reuniones del Comité de Emergencias y datos actualizados de ámbito regional). La mayoría de esos mensajes guardaban relación con la enfermedad por el virus del Ebola (EVE) en África occidental, el MERS o casos de gripe aviar en el ser humano.

Enfermedad por el virus del Ebola

3. Desde que en 2014 el brote de ebola en África occidental fue declarado emergencia de salud pública de importancia internacional, el Comité de Emergencias del RSI que se ocupa del tema se ha reunido en ocho ocasiones. En octubre de 2015, el Comité tomó nota de que por segunda vez se había certificado en Liberia la ausencia de transmisión de la EVE, de que la incidencia global de casos en Guinea y Sierra Leona era inferior a 10 casos por semana y de que Freetown, la capital de Sierra Leona, llevaba más de 42 días exenta de transmisión. El Comité observó que pese a todo subsistía cierto riesgo de transmisión, entre otras razones porque continuamente se descubrían personas infectadas que hasta entonces no constaban como contactos, porque las operaciones de respuesta suscitaban resistencias en algunas zonas y porque había constantes desplazamientos de casos y contactos hacia zonas exentas de la EVE. El Comité tomó nota asimismo del pequeño número de casos en que no cabía descartar que la vía de contagio hubiera sido un virus procedente de una persona en fase de convalecencia. Sobre este particular, si bien se consideraba que el virus tenía una persistencia limitada en el tiem-

po, era preciso investigar más a fondo la cuestión y lo que de ahí se siga. Entendiendo que el brote seguía constituyendo una emergencia de salud pública de importancia internacional, el Comité formuló una serie de nuevas recomendaciones temporales o revisó algunas de las ya existentes como parte del Reglamento Sanitario Internacional (2005). La Directora General hizo suyo el dictamen del Comité y publicó las recomendaciones temporales.¹ En el informe sobre la respuesta de la OMS a las emergencias graves a gran escala² se ofrece información detallada sobre la evolución del brote, la respuesta que se le ha dado y la situación actual.

4. En julio de 2015 se hizo público el informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola, formado por expertos independientes que habían examinado la respuesta de la OMS al brote de ebola. Las recomendaciones que contiene giran en torno al examen del Reglamento Sanitario Internacional (2005), a la capacidad de respuesta de la OMS a situaciones de emergencia sanitaria y al papel de la OMS dentro de los sistemas generales de salud y de asistencia humanitaria y su coordinación con ellos. Tanto el informe del Grupo de expertos como la respuesta a él de la Secretaría pueden consultarse en el sitio web de la OMS.³

5. El «Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado», establecido y convocado por la Directora General en aplicación de la decisión WHA68(10) (2015), celebró su primera reunión los días 24 y 25 de agosto de 2015, así como dos reuniones intermedias del 5 al 9 de octubre y del 9 al 13 de noviembre de 2015. Para diciembre de 2015 y febrero de 2016 están programadas otras dos reuniones intermedias. Los informes de la primera reunión y de las dos reuniones intermedias de este comité están publicados en el sitio web de la OMS.⁴

Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS)

6. Tres años después de ser detectado por primera vez, el coronavirus causante del MERS todavía circula en la Península Arábiga. En octubre de 2015 se habían notificado a la OMS 1600 casos de infección confirmada en laboratorio, localizados en 26 países de Oriente Medio, América del Norte, Europa y Asia, entre los que había por lo menos 580 casos mortales. Entre mayo y agosto de 2015, en la República de Corea, y en agosto de 2015, en la Arabia Saudita, se produjeron sendos brotes hospitalarios de envergadura.

7. Desde 2013, el Comité de Emergencias del RSI en relación con el MERS ha celebrado 10 reuniones, la última de ellas en septiembre de 2015.⁵ En ese último encuentro, el Comité estimó que la situación ya no constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional. No obstante, el virus seguía transmitiéndose de camellos a personas, así como de persona a persona en algunos centros de atención sanitaria. Subsistían, en particular, dificultades derivadas de la insuficiente notificación de casos asintomáticos con resultado positivo a las pruebas de detección del virus, del escaso intercambio de información y de la deficiente aplicación de las medidas de control de la infec-

¹ Véase <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-ebola-7th-meeting/en/> (consultado el 8 de diciembre de 2015).

² Documento EB138/23.

³ Véase <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report/en/> (consultado el 8 de diciembre de 2015).

⁴ Véase <http://www.who.int/ihr/review-committee-2016/en/> (consultado el 8 de diciembre de 2015).

⁵ Véase <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-emergency-committee-mers/es/> (consultado el 8 de diciembre de 2015).

ción. El Comité recalcó que no existía motivo alguno de salud pública que justificara la imposición de restricciones al comercio o los viajes para prevenir la propagación del MERS, y que consideraba innecesaria la realización de controles sanitarios en los puntos de entrada. Sin embargo, recomendaba vivamente sensibilizar a los viajeros acerca del MERS y sus síntomas, sobre todo teniendo en cuenta que era la época del Hajj.

Poliomielitis

8. Desde la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional (el 5 mayo de 2014) hasta la fecha, el Comité de Emergencias del RSI para examinar la propagación internacional de poliovirus ha sido convocado en siete ocasiones. En noviembre de 2015 el Comité consideró que la situación epidemiológica seguía constituyendo una emergencia de salud pública de importancia internacional y recomendó prorrogar la vigencia de las recomendaciones temporales en su versión revisada, prestando especial atención a los importantes movimientos migratorios y procurando lograr una mayor cobertura vacunal entre los refugiados, los viajeros y las poblaciones transfronterizas. El Comité tomó nota de que en África no se había comunicado ningún caso de poliovirus salvaje desde agosto de 2014; de que en África central, el Cuerno de África y Oriente Medio se habían atajado otros tantos brotes regionales; y de que se había logrado una mayor cobertura de vacunación en el Pakistán. Sin embargo, tras señalar que seguía habiendo propagación de poliovirus entre el Pakistán y el Afganistán y que en otras zonas aún surgían brotes de poliovirus de origen vacunal, el Comité instó a examinar periódicamente el riesgo de propagación internacional en las zonas de alto riesgo. La Directora General hizo suyas las conclusiones del Comité y publicó recomendaciones temporales inscritas en el Reglamento.¹

9. En su decisión WHA68(9) (2015), la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud pidió a la Directora General que informase a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud de los progresos realizados para reducir el riesgo de propagación internacional de poliovirus salvajes.²

Gripe aviar por virus A(H5N1) y A(H7N9)

10. Por la propia naturaleza de los virus gripales, que están sujetos a constante evolución, subsiste la amenaza de una gripe pandémica. De momento, en 2015, las infecciones humanas por virus de la gripe aviar A(H7N9) muestran una distribución epidemiológica que parece similar a la observada en 2014. Hay virus hiperpatógenos de la gripe aviar A(H5) de varios subtipos, en particular H5N1, H5N2, H5N6 y H5N8, que siguen circulando y propagándose en aves y causando esporádicas infecciones en el hombre. Del estudio virológico y epidemiológico de los virus A(H5) se desprende que el grado de riesgo que entrañan no ha cambiado desde la valoración realizada en 2014.

11. La propagación de virus A(H5) a América del Norte y África occidental, la epidemia causada en aves de corral por el virus A(H7N9) y el continuo intercambio genético (redistribución) de este virus con virus A(H9N2), así como la presencia repetida de infecciones zoonóticas, ponen de manifiesto que los virus aviares A(H5) y A(H7N9) son hoy más peligrosos que nunca.

12. Por medio del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe, que cubre 112 países, la OMS sigue muy de cerca la evolución y aparición de virus gripales que puedan revestir importancia desde el punto de vista de la salud pública.

¹ Véase <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-polio-17-august-2015/en/> (consultado el 8 de diciembre de 2015).

² Véase el documento EB138/25.

AVANCES EN LA APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

Creación de capacidad

13. En los últimos cinco años los Estados Partes han venido utilizando el marco de vigilancia de las capacidades básicas del RSI para informar a la Asamblea de la Salud de su situación con respecto al conjunto mínimo de capacidades básicas de salud pública prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y del proceso por el que se van dotando de esas capacidades. En 2015, los Estados Partes siguieron enviando información a la Secretaría. A 29 de octubre de 2015, 118 de los 196 Estados Partes habían cumplimentado el cuestionario de autoevaluación que se les remitió en abril de 2015.

14. El análisis de la información remitida a la Secretaría por los Estados Partes, resultante de la autoevaluación por cada país de las capacidades básicas prescritas en el RSI de las que dispone, pone de manifiesto que ha habido progresos en los siguientes ámbitos: instauración de leyes y políticas adecuadas para la aplicación del Reglamento; coordinación y colaboración con otros sectores para la creación de capacidad; capacidades de detección fortalecidas y operativas, acopladas a un sistema de pronta alerta; coordinación de las capacidades de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia; y mejor comunicación pública y con las partes interesadas. No obstante, el esfuerzo por mantener operativas estas capacidades exigirá un refuerzo permanente de los recursos humanos. Además, todavía no están implantadas las capacidades de detección y respuesta en caso de evento químico o radiológico.

15. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) impone la creación, consolidación y mantenimiento de una serie de capacidades básicas de vigilancia y respuesta en los puntos de entrada designados. En un principio, el plazo para dotarse de esas capacidades básicas vencía en 2012, con una posible prórroga hasta 2016. Aunque se han registrado avances al respecto, muchos países todavía no tienen implantadas estas capacidades. En 2014, el «Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI» recomendó a la Directora General «que [examinara] diversos métodos para la evaluación y consolidación a corto y a largo plazo de las capacidades básicas prescritas en el RSI».¹

16. La OMS ha elaborado una nota conceptual en la que expone un nuevo método de seguimiento y evaluación de las capacidades básicas para después de 2016, nota que se ha distribuido a los centros nacionales de enlace para el RSI y publicado en el sitio web de la OMS.² El método descrito en la nota, que se someterá a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, incluye una herramienta de autoevaluación, exámenes posteriores a la acción, ejercicios de simulación y una evaluación independiente (externa). Los comités regionales de la OMS han reaccionado positivamente a la propuesta contenida en la nota, y los Estados Partes han pedido que se simplifique el informe anual de autoevaluación y se estudie la manera de agregar un componente de evaluación externa. A este respecto, la Secretaría ha preparado un borrador de herramienta de evaluación externa conjunta del RSI. La OMS colabora con la Agenda de seguridad sanitaria mundial para ayudar a que la labor realizada en la materia contribuya sistemáticamente a la evaluación objetiva, en cada Estado Miembro, de los principales elementos que configuran las capacidades básicas prescritas en el RSI. La Secretaría también está estudiando los vínculos que pueda haber entre el proyecto de herramienta de evaluación externa conjunta del RSI y

¹ Véase el documento A68/22 Add.1, párr. 43.

² Disponible en http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/en/ (consultado el 8 de diciembre de 2015).

otros instrumentos de evaluación, como la herramienta de la Organización Mundial de Sanidad Animal de Evaluación de las Prestaciones de los Servicios Veterinarios, y cuál puede ser su relación con las capacidades de preparación que impone el Marco Mundial de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 (por ejemplo, hospitales seguros).

17 Del 20 al 22 de octubre de 2015 se celebró en Lyon (Francia) una consulta técnica de la OMS sobre seguimiento y evaluación de las capacidades básicas operativas para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Participaron en ella expertos de los Estados Miembros, representantes de organizaciones internacionales e iniciativas mundiales, como la Agenda de seguridad sanitaria mundial, y personal de la OMS, con presencia de las seis oficinas regionales. Los asistentes convinieron en las principales características que debían revestir las evaluaciones externas conjuntas, a saber: participación voluntaria de los países; equipos mixtos de evaluación, con presencia de especialistas externos de múltiples sectores y especialistas locales; mayor apoyo operativo, de modo que la OMS pueda coordinar eficazmente el proceso de seguimiento y evaluación; y carácter transparente y abierto de los datos y procesos de intercambio de información. En las evaluaciones externas conjuntas se empleará una herramienta revisada para evaluar todas las capacidades básicas prescritas en el Reglamento, aprovechando la experiencia de la OMS y de iniciativas como la Agenda de seguridad sanitaria mundial. La Secretaría seguirá trabajando en el proceso de seguimiento y evaluación para que la evaluación por los países de las capacidades básicas prescritas en el RSI sea cada vez más fiable y de mejor calidad.

18. Del 13 al 15 julio de 2015 la OMS y el Gobierno de Sudáfrica convocaron conjuntamente en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) una reunión de alto nivel de asociados y partes interesadas sobre el tema de «La seguridad sanitaria más allá del ebola» que congregó a más de 200 participantes, entre ellos representantes de países afectados por la enfermedad por el virus del Ebola. Se trataba con ese encuentro de acordar actividades prioritarias para potenciar la seguridad sanitaria y de este modo reforzar los sistemas de salud y los medios de aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Los participantes convinieron en la necesidad de actuar colectivamente en el frente de la seguridad sanitaria, a escala tanto nacional como mundial, y definieron sus expectativas respecto de los pasos necesarios en el futuro para sincronizar las iniciativas multipartitas. Hubo un amplio consenso en torno a la función de la OMS como federadora de países y asociados. La OMS propuso una fórmula de colaboración entre los asociados internacionales y nacionales para reforzar y mantener duraderamente las capacidades del sistema de salud necesarias para aplicar el Reglamento.

19. Los días 8 y 9 de octubre de 2015, los ministros de salud de las siete naciones más industrializadas (G7) se reunieron en Berlín para abordar una serie de temas sanitarios, entre ellos la enfermedad por el virus del Ebola. En su declaración final,¹ en la que tocaban diversas cuestiones de gran calado, llamaron la atención sobre el mandato central y el resuelto liderazgo de la OMS y recalcaron que «el Reglamento Sanitario Internacional (2005), de carácter jurídicamente vinculante, es el principal instrumento internacional concebido para ayudar a proteger a los países de la propagación internacional de enfermedades, incluidos los riesgos y emergencias de salud pública». Asimismo, los ministros expresaron su apoyo al Reglamento Sanitario Internacional (2005) pidiendo expresamente a los países que «[colaborasen] entre sí para adquirir y mantener las capacidades básicas requeridas para aplicar [el Reglamento]» y señalando al respecto que «el cabal cumplimiento [del Reglamento] es, en última instancia, responsabilidad de cada país».

¹ Disponible (en inglés) en <http://www.bmg.bund.de/en/ministry/international-co-operation/g7-presidency/g7-health-ministers-meeting-in-berlin.html>, (consultado el 8 de diciembre de 2015).

Primera modificación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): vacunación contra la fiebre amarilla

20. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) fue modificado por primera vez en 2014 a instancias de la Directora General, cuya propuesta respondía a su vez a una recomendación del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, según el cual una sola dosis de vacuna contra la fiebre amarilla basta para conferir protección vitalicia contra la enfermedad. Obrando en consecuencia, la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA67.13 (2014), y con ella la versión actualizada del anexo 7 del Reglamento, en la cual se modifica el tiempo de eficacia de la vacuna antiamarílica y por ende el periodo de validez del correspondiente certificado de vacunación, que pasa a ser válido durante toda la vida de la persona vacunada, y no solo durante 10 años.¹ Esta modificación entrará en vigor en julio de 2016.

21. Respondiendo a una petición de la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud, que señaló que se puede exigir vacunación antiamarílica a todo viajero que salga de una zona donde, según haya determinado la OMS, exista riesgo de transmisión de la enfermedad, la Directora General ha empezado a publicar una lista actualizada en línea de los países que aceptan que el certificado de vacunación antiamarílica tenga validez vitalicia, y ha establecido un grupo consultivo científico-técnico encargado de cartografiar geográficamente el riesgo de fiebre amarilla y de marcar pautas para la vacunación de los viajeros.²

PRINCIPALES ESCOLLOS EN LA APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

Poder efectivo de acción de los centros nacionales de enlace para el RSI

22. Para septiembre de 2015 los 196 Estados Partes tenían implantado el centro nacional de enlace para el RSI cuya creación impone el Reglamento Sanitario Internacional (2005). De esos 196 centros nacionales de enlace, todos menos uno han hecho saber que están en condiciones de comunicarse en todo momento con los puntos de contacto de la OMS para el RSI. Sin embargo, sigue habiendo dificultades para que los centros nacionales de enlace cumplan su función de coordinación de la aplicación del Reglamento, por motivos que tienen que ver con su insuficiente dotación de recursos, su situación dentro de la cadena jerárquica de las administraciones y un escaso nivel de compromiso y colaboración desde otros sectores.

Imposición de restricciones injustificadas a los viajes, el comercio y el transporte internacionales

23. Según ha podido determinar la OMS, entre marzo de 2014 y marzo de 2015 se instituyeron 41 medidas tocantes a la enfermedad por el virus del Ebola, aplicadas en su mayoría tras la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional, que interferían con las actividades de viaje y transporte. Dichas medidas casi siempre tenían que ver con el cierre de pasos fronterizos aéreos, terrestres o marítimos, aunque algunas también guardaban relación con la expedición de visados o la imposición de cuarentena obligatoria. Aunque el Reglamento Sanitario Internacional (2005) obliga a los Estados Partes a informar a la OMS de la aplicación de tales medidas, pocos lo hicieron. Esas medidas rebasan las recomendaciones temporales publicadas por la Directora General, no suelen estar

¹ Véase WHA67/2014/REC/1, resolución WHA67.13 (2014) y anexo 5.

² Véase la resolución WHA68.4 (2015).

justificadas desde el punto de vista de la salud pública y tienen importantes consecuencias para la economía, el comercio y la respuesta de salud pública de los países.

CONCLUSIÓN

24. El «Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado» tiene actualmente en estudio fórmulas para mejorar el funcionamiento del Reglamento, cuya eficaz aplicación reviste ahora más importancia que nunca, teniendo en cuenta los problemas de salud pública que afronta un mundo cuyas fronteras son inoperantes para contener las amenazas sanitarias. La seguridad sanitaria mundial sigue siendo uno de los temas básicos de la actualidad internacional. El Reglamento es indispensable para hacer realidad la seguridad sanitaria mundial y a la vez evitar toda interferencia innecesaria con los viajes y el comercio. La endeblez de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta de muchos países sigue mermando el potencial del Reglamento para proteger eficazmente al mundo de emergencias de salud pública como la que supuso el brote de enfermedad por el virus del Ebola. Sigue resultando difícil garantizar la observancia del Reglamento, sobre todo en lo que respecta a prevenir la aplicación de toda medida complementaria que obstaculice indebidamente los viajes o el comercio. La aplicación efectiva y fructífera del Reglamento pasa indefectiblemente por que las principales partes interesadas renueven y mantengan duraderamente su compromiso de implantarlo y cumplirlo.

25. La OMS ha puesto en marcha un proceso acelerado de reforma con el objetivo de que la comunidad internacional esté mejor pertrechada, gracias a la Organización, para responder rápida y eficazmente a las grandes emergencias de salud pública. Este proceso, sumado a otras iniciativas, ha generado una nueva dinámica y creado la oportunidad de aplicar más eficazmente el Reglamento Sanitario Internacional (2005) con vistas a mejorar la salud pública y la seguridad sanitaria mundial.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

26. Se invita al Consejo Ejecutivo a tomar nota del presente informe.

= = =