Organización Mundial de la Salud

CONSEJO EJECUTIVO **EB138/23**
138.ª reunión **22 de enero de 2016**
Punto 8.4 del orden del día provisional

Respuesta de la OMS a las emergencias graves a gran escala

Informe de la Directora General

1. En respuesta a la petición formulada por el Consejo Ejecutivo en la resolución EBSS3.R1 (2015), aprobada en la Reunión extraordinaria sobre el ebola, la Directora General presenta este informe sobre las distintas emergencias de grado 3, y de nivel 3 según el Comité Permanente entre Organismos, en las que la OMS ha intervenido entre el 1 de enero y el 17 de octubre de 2015. Con el presente documento se intenta complementar la información suministrada en el documento A68/23.

2. Durante el periodo que se examina, la OMS respondió a importantes emergencias en 42 países, incluidas 27 emergencias graves y 19 emergencias prolongadas (cuatro países experimentaron ambos tipos; véase el anexo). Todas las emergencias graves se clasificaron con los grados 1, 2 o 3 con arreglo al Marco de Respuesta a las Emergencias de la OMS, entre ellas siete emergencias recurrentes evaluadas como grado 3, el máximo nivel de gravedad.[1] La OMS declaró dos nuevas emergencias de grado 3 entre enero y octubre de 2015: el terremoto de Nepal (clasificada en abril) y el agravamiento de la crisis humanitaria en el Yemen (cuyo grado de clasificación se elevó en julio). Estas emergencias se suman a otras cinco de grado 3, a saber: la compleja crisis humanitaria en el Iraq (clasificada en agosto de 2014), el brote de la enfermedad por el virus del Ebola en África occidental (clasificada en julio de 2014), y los conflictos en la República Centroafricana (clasificada en diciembre de 2013), en Sudán del Sur (clasificada en febrero de 2014) y en la República Árabe Siria (clasificada en enero de 2013). Estas siete emergencias de grado 3 afectan directamente a 11 países diferentes (el brote de ebola en África occidental afecta a Guinea, Liberia y Sierra Leona, y la crisis en la República Árabe Siria afecta a Jordania, el Líbano y Turquía). Desde la presentación del informe a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud se ha rebajado la clasificación de una emergencia de grado 3, a saber, el conflicto/los disturbios públicos en la República Centroafricana.

3. En 2015, con excepción del brote de la enfermedad por el virus del Ebola en África occidental y el terremoto de Nepal, la clasificación realizada por la OMS se armonizó con la del sistema del Comité Permanente entre Organismos. En la República Centroafricana, el nivel 3 de emergencia clasificada según el Comité Permanente entre Organismos se desactivó el 13 de mayo de 2015. Ulteriormente,

[1] El Marco de Respuesta a las Emergencias establece tres grados diferentes de emergencias que reflejan la magnitud del apoyo institucional necesario para dar respuesta a emergencias de grado 1, 2 y 3. El grado 1 requiere una respuesta mínima por parte de la OMS; el grado 2 una respuesta moderada y el grado 3 una respuesta sustancial. Los pertinentes integrantes del Equipo de la OMS de Gestión de Emergencias Mundiales se encargan de determinar el grado de cada emergencia tras examinar su magnitud, urgencia, complejidad y contexto. Una vez clasificada la emergencia, la respuesta de la OMS es objeto de seguimiento con arreglo a una serie de parámetros de desempeño y plazos claramente definidos.

la OMS lo rebajó a emergencia de grado 2. En el cuadro que figura a continuación se presenta un resumen de las emergencias de grado 3 activadas por la OMS durante el periodo objeto del presente examen:

Cuadro. Resumen de las emergencias de grado 3 activadas por la OMS

País	Fecha de activación del grado 3	Fecha de activación del grado 3
Brote de ebola en África occidental	26 de julio de 2014	en curso
Iraq	12 de agosto de 2014	en curso
Nepal	27 de abril de 2015	23 de junio de 2015 (a G1)
República Árabe Siria	3 de enero de 2013	en curso
República Centroafricana	13 de diciembre de 2013	3 de junio de 2015 (a G2)
Sudán del Sur	12 de febrero de 2014	en curso
Yemen	1 de julio de 2015	en curso

4. Además de las emergencias de grado 3 más destacadas, la OMS respondió a las necesidades sanitarias de las poblaciones afectadas en otras 16 emergencias graves clasificadas, incluidas nueve de grado 2 y siete de grado 1. Estas abarcaron inundaciones en Madagascar, Malawi, Mozambique y Myanmar; el ciclón Pam en Vanuatu y Tuvalu y el ciclón Maysak en los Estados Federados de Micronesia, así como conflictos y/o desplazamientos conexos en Burundi, el Camerún, Filipinas, Libia, el Níger, Nigeria, la República Unida de Tanzanía, Ucrania y el Yemen. En el periodo considerado, algunos países se vieron afectados por más de una emergencia relacionada o no con el evento que motivó la declaración inicial de emergencia por parte de la OMS, por ejemplo, los brotes de cólera que complicaron los conflictos de grado 3 en el Iraq y en Sudán del Sur; las inundaciones que agravaron la prolongada crisis de Myanmar y dificultaron la respuesta al brote de ebola en Sierra Leona; y el segundo terremoto que obstaculizó los esfuerzos de recuperación tras el anterior terremoto de grado 3 en Nepal.

5. Por otra parte, la OMS está respondiendo a crisis prolongadas en 19 países, zonas y territorios, a saber: el Afganistán, 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.

6. En todos esos casos la respuesta de la OMS a la emergencia se basó en el Marco de Respuesta a las Emergencias de la Organización, que establece criterios de desempeño articulados en torno a cuatro funciones fundamentales de la OMS, a saber, liderazgo y coordinación, gestión de la información, competencia técnica y servicios básicos (por ejemplo, logística, adquisiciones, recursos humanos y gestión financiera). En emergencias de grado 3 la OMS adoptó tres políticas esenciales: la política de movilización rápida que permitió reasignar eficazmente al personal de las oficinas de país y desplegar a profesionales con experiencia en emergencias; la política de liderazgo en emergencias sanitarias que posibilitó el despliegue de personal superior para ayudar a los Representantes de la OMS a dirigir y coordinar las actividades; y la política de precaución que aseguró niveles previsibles de personal y financiación desde el primer momento en todas las emergencias, incluido el acceso a la Cuenta de Respuesta Rápida de la sede de la OMS y a los fondos regionales de emergencia gestionados por las Oficinas Regionales para África, las Américas y el Mediterráneo Oriental. En 2015, y con el fin de poner en marcha operaciones, la OMS utilizó en varias ocasiones sus fondos de emergencia, así como préstamos puente para mantener la continuidad de las operaciones en Mozambique, Nigeria, el Sudán y Vanuatu.

7. La OMS respaldó a gobiernos y dirigió, codirigió o apoyó la coordinación sectorial del grupo de acción sanitaria en 24 países, a fin de velar por la cobertura y calidad suficientes de los servicios sanitarios de emergencia cuando el acceso así lo permitía. La OMS contribuyó a la prestación de asistencia de salud primaria y hospitalaria mediante el funcionamiento de equipos y dispensarios móviles, la adquisición de medicamentos y suministros, la capacitación de agentes de atención sanitaria y el apoyo a los asociados en la prestación de servicios en dispensarios móviles. Además, se reforzaron las actividades de vigilancia, preparación y respuesta relacionadas con brotes de enfermedades.

8. Según la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de la Asistencia Humanitaria, la magnitud de las necesidades mundiales de asistencia humanitaria es mayor que nunca. Hasta octubre de 2015 se necesitaban US$ 19,5 millones para atender a las necesidades de más de 82,5 millones de personas vulnerables en 37 países. Hasta mediados de 2015 se había financiado solo el 26% de las necesidades de ayuda humanitaria, la proporción más baja de los últimos 10 años. De las necesidades específicamente sanitarias solo se ha financiado un 47%. Si bien algunos donantes han incrementado sus aportaciones para asistencia humanitaria, la brecha entre las necesidades y la financiación sigue aumentando y obstaculizando gravemente las operaciones. Por ejemplo, el Iraq representa la primera emergencia de grado 3 en la que la falta de fondos ha obligado a la OMS y los asociados a cerrar servicios de atención de salud, lo que afecta a casi 3 millones de personas.

ACTIVIDADES DE LA OMS EN EMERGENCIAS DE GRADO 3

República Centroafricana

9. Desde diciembre de 2013, la crisis en la República Centroafricana ha provocado el desplazamiento de más de 1 millón de personas. Al 4 de diciembre de 2015, unos 2,3 millones de personas necesitaban asistencia humanitaria, y la mayoría de ellas requerían atención sanitaria. Casi dos terceras partes de los servicios de salud dependían de la ayuda externa para seguir en funcionamiento.

10. En respuesta a la crisis, la OMS ha reforzado su presencia en el país mediante el despliegue de 55 miembros del personal, en varias fases sucesivas, y la reasignación de 31 funcionarios de la oficina en el país. Actualmente hay 69 funcionarios destacados en Bangui y en tres oficinas subnacionales (Bambari, Bandoro y Bouar). La OMS prevé establecer otras dos oficinas sobre el terreno tan pronto como las condiciones de seguridad lo permitan.

11. La OMS encabeza el Grupo de Acción Sanitaria (integrado por 64 asociados en pro de la salud) que está trabajando para prestar servicios sanitarios de emergencia a las personas que más los necesitan. Se dispensó atención de salud gratuita a unos 1,2 millones de personas muy vulnerables. Se estableció un sistema de alerta y respuesta tempranas en los principales lugares de alojamiento de desplazados internos en Bangui, Bimbo, Begoua, Kaga Bandoro, Bambari y Ngakobo, a fin de reforzar el sistema nacional de vigilancia. El sistema de alerta y respuesta tempranas cubre actualmente un 60% de los lugares que albergan a personas desplazadas. En 2015, las campañas de vacunación masiva realizadas en Batangafo, Bria, Bakouma y Birao permitieron vacunar contra el sarampión al menos a 53 585 niños de edades comprendidas entre los 6 meses y los 15 años. A pesar de esos esfuerzos, la cobertura de inmunización sistemática sigue siendo baja. En la actualidad, solo un 43% de los lactantes de 0 a 11 meses han recibido la vacuna pentavalente. En cuatro distritos sanitarios[1] se ha vacunado a menos del 15% de los lactantes. Los principales retos para la prestación de servicios sanitarios bási-

[1] Vakaga en la región 5 y Haut Mbomou, Kembe y Mobaye en la región 6.

cos y de emergencia siguen siendo las restricciones del acceso debidas a la inseguridad, los elevados costos operacionales, la escasez de fondos y recursos humanos, el limitado número de asociados en pro de la salud y el colapso del sistema nacional de abastecimiento de medicamentos esenciales.

12. Aunque la situación de seguridad sigue siendo inestable en varias zonas, algunos desplazados internos están volviendo a sus hogares. Recientemente, la Secretaría colaboró con el Ministerio de Salud en el desarrollo de un plan de transición para el sector sanitario 2015-2016.

13. El Grupo de Acción Sanitaria en la República Centroafricana necesitaba US$ 63 millones en 2015. Al 1 de octubre de 2015 el déficit financiero del Grupo era del 63%. La OMS había recibido menos del 13% de los fondos necesarios.

Brote de la enfermedad por el virus del Ebola en África occidental

14. En África occidental el número de casos de ebola es actualmente el más bajo en 12 meses, después de que en su punto crítico el brote alcanzara un nivel máximo de 950 casos confirmados por semana. La extensión geográfica del brote se redujo considerablemente, y la gran mayoría de los casos registrados en Guinea, Sierra Leona y Liberia desde julio de 2015 se pueden relacionar epidemiológicamente con cadenas de transmisión conocidas. En ese periodo no hubo más de cinco casos por semana. Existen sólidos datos probatorios de que las estrategias y tácticas empleadas hasta el presente están dando buenos resultados. El 4 de diciembre de 2015, Sierra Leona declaró el fin de la transmisión de la enfermedad, y habían transcurrido 27 días del periodo de 90 días de vigilancia estricta; en Guinea habían pasado 18 días desde que el caso más reciente había dado resultados negativos en dos análisis; y Liberia, que el 3 de septiembre había declarado el fin de la transmisión, notificó tres nuevos casos los días 19 y 20 de noviembre, probablemente debido a la reintroducción del virus a través de un superviviente. La respuesta se puso en marcha con el fin de detener, para el final de 2016, todas las cadenas de transmisión que sucedieron al brote original.

15. Si bien la incidencia del ebola ha disminuido significativamente, el riesgo de reintroducción por la persistencia del virus ha planteado una amenaza importante a corto plazo para alcanzar y mantener la eliminación del ebola en la región. El brote ocurrido en julio de 2015 en Liberia, que se debió probablemente a la persistencia del virus en un superviviente que se había recuperado meses antes, reafirmó la posibilidad de que la transmisión se pudiera reanudar. Aunque el riesgo de reintroducción por la persistencia del virus en algunos sobrevivientes va disminuyendo con el tiempo, sigue siendo significativo debido al alto número de personas afectadas por el brote.

16. Tras el repliegue de la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ebola a finales de julio de 2015, los asociados establecieron una entidad sucesora, la Unidad de Colaboración Interinstitucional para el Ebola, en la que la OMS es el órgano de dirección técnica y coordinación. A la luz de los cambios en la epidemiología de la región, la Unidad desarrolló un plan para la fase 3 de la respuesta, que se está ejecutando.

17. La fase 3 se basa en el rápido aumento del número de camas para el tratamiento de los enfermos, los equipos de inhumación segura y digna y las capacidades para modificar comportamientos de la fase 1 (de agosto a diciembre de 2014), así como en el mejoramiento de las capacidades de detección de casos, localización de contactos y participación comunitaria durante la fase 2 (enero a julio

de 2015).[1] A fin de lograr y mantener libre de casos la región de África occidental, la fase 3 incorpora en los actuales trabajos de respuesta y recuperación relativos al ebola nuevos conocimientos e instrumentos, desde vacunas, medios de diagnóstico y operaciones de respuesta hasta servicios de apoyo y atención para los supervivientes. Muchos de los progresos operacionales se reflejaron en las recientes iniciativas nacionales de respuesta al ebola, entre ellas la Operation Northern Push en Sierra Leona, el enfoque «cerclaje» en Guinea y la rápida operación de respuesta en Liberia. Además, la fase 3 reflejó la necesidad de establecer firmes vínculos entre la respuesta, la pronta recuperación y la labor de fortalecimiento del sistema de salud a largo plazo descrito en los planes de recuperación del sistema nacional de salud. Como en anteriores fases de la respuesta, todos los asociados hicieron hincapié en la acuciante necesidad de que las comunidades, las familias y las personas afectadas participaran plenamente en la aplicación y que se comprendieran sus preocupaciones.

18. Durante el brote, la OMS colaboró estrechamente con diversos asociados gubernamentales, locales e internacionales. Los principales asociados operacionales fueron organismos especializados, fondos y programas de las Naciones Unidas, entre ellos el PNUD, el UNFPA, el UNICEF y el PMA, así como organizaciones no gubernamentales (entre ellas Medical Corps, International Rescue Committee, Médicos Sin Fronteras y Save the Children), la Unión Africana, el Gobierno de Cuba y sus brigadas médicas, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Organización Internacional para las Migraciones y la Organización Sanitaria de África Occidental.

19. Para responder al brote de ebola en África occidental la OMS puso en marcha la mayor operación en la historia de la Organización. Hasta el 1 de octubre de 2015 se habían desplegado en los tres países más afectados (Guinea, Liberia y Sierra Leona) más de 1013 miembros del personal distribuidos en más de 60 lugares sobre el terreno. En los países de África occidental en que se registró transmisión activa del ebola la OMS desplegó más de 2200 expertos y técnicos, entre ellos 962 expertos de los asociados en la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. Además, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos desplegaron por su cuenta expertos en vigilancia, localización de contactos, gestión de datos, pruebas de laboratorio y educación sanitaria, y contribuyeron a evaluar el grado de preparación para hacer frente al ebola en países vecinos no afectados.

20. Sobre la base de su propia experiencia y de los estrechos vínculos con gobiernos, así como con la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, la Red OMS de Laboratorios sobre Agentes Patógenos Emergentes y Peligrosos, la Red Mundial de Prevención y Control de Infecciones, equipos médicos extranjeros y asociados para emergencias, la OMS desempeñó un importante papel en la ampliación de capacidades cruciales para los servicios de atención clínica, salud pública, control de infecciones y laboratorio en los tres principales países afectados. En consonancia con su función normativa, la OMS distribuyó o elaboró más de 50 documentos de orientación técnica sobre una amplia gama de temas de salud pública y atención clínica. En el marco de los programas de la OMS y sus asociados, más de 8600 personas recibieron capacitación en cursos presenciales o en línea que utilizaron materiales y contenidos desarrollados por la OMS.

[1] Para obtener una descripción exhaustiva de las actividades y capacidades de las fases 1 y 2 pueden consultarse: la Hoja de ruta para la respuesta al virus del Ebola, en http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/response-road map/es/ (consultado el 3 de diciembre de 2015); el Ebola Outbreak Overview of Needs and Requirements, en https://ebolaresponse.un.org/sites/default/files/onr2015.pdf (consultado el 3 de diciembre de 2015), y el WHO strategic response plan 2015: West Africa Ebola outbreak, en http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-strategic-plan/en/ (consultado el 3 de diciembre de 2015).

21. Asimismo, la OMS facilitó el examen y análisis de un gran número de vacunas, medicamentos, terapias y medios de diagnóstico para el tratamiento y la detección de la enfermedad por el virus del Ebola. Los procedimientos de examen acelerado permitieron la rápida localización de las vacunas y los medios de diagnóstico, así como los ensayos con éxito de esas vacunas y medios de diagnóstico realizados en Guinea y Sierra Leona. Al 17 de octubre, los mayores progresos se habían realizado mediante un ensayo patrocinado por la OMS, en el que se utilizó la vacuna rVSV-ZEBOV. El ensayo aplica una estrategia de «vacunación anular» basada en el enfoque utilizado para erradicar la viruela. El ensayo perseguía dos objetivos principales: evaluar el grado de protección que ofrecía la vacuna a las personas y determinar si la vacunación afectaba la transmisión general de la enfermedad por el virus del Ebola en la zona anular. A finales de julio se publicaron los resultados preliminares en *The Lancet*.[1] Los resultados sugieren que la eficacia de la vacuna rVSV podría ser del 100%. Se espera que los resultados definitivos sobre la eficacia, así como los datos relativos a la transmisión, estén disponibles en el último trimestre de 2015. Además, la OMS contribuyó al desarrollo de una prueba diagnóstica automatizada de la reacción en cadena de la polimerasa, y está evaluando algunas pruebas de diagnóstico rápido.

22. La OMS ha realizado una amplia labor en todas las regiones con el fin de apoyar a los Estados Miembros en la preparación ante posibles casos de la enfermedad por el virus del Ebola, en particular a través de las misiones de asistencia técnica en15 países prioritarios de la Región de África, la ayuda en la elaboración de planes operacionales para esos países, el seguimiento de las capacidades de preparación y la difusión de orientación técnica.

23. La OMS ha colaborado con cada uno de los tres países afectados en el desarrollo de planes nacionales de recuperación mediante la formulación de estrategias para la reactivación segura de los servicios de salud esenciales y las funciones del sistema de salud a largo plazo. Cada uno de los tres planes nacionales identificaron la prevención y el control de la infección como un aspecto de máxima prioridad para la pronta recuperación. Esos planes formaban parte de los documentos fundamentales de la conferencia internacional sobre la recuperación después del ebola, organizada por el Secretario General y celebrada en Nueva York los días 9 y 10 de julio de 2015. La OMS y la comunidad internacional siguen apoyando a las autoridades nacionales en la ejecución de esos planes de recuperación.

24. Aunque en los últimos meses se han logrado importantes progresos, el brote ha revelado que, en muchos aspectos, las estructuras, los sistemas, las capacidades y la cultura de la OMS se deben reformar para adecuarse a sus fines. A ese respecto, y en virtud de la resolución EBSS3.R1, adoptada por el Consejo Ejecutivo en su Reunión extraordinaria sobre el ebola, así como de su decisión WHA68(10) (2015), la OMS está abordando un examen exhaustivo y una reforma de sus capacidades en materia de gestión de riesgos de emergencias y respuesta ante emergencias con consecuencias sanitarias y humanitarias. Esta reforma está orientada por el informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola solicitado en la resolución EBSS3.R1 y distribuido el 7 de julio de 2015, y por el grupo consultivo del Director General sobre la reforma de la labor de la OMS en los brotes epidémicos y emergencias con consecuencias sanitarias y humanitarias, establecido el 9 de julio de 2015 y presidido por el Dr. David Nabarro, Enviado Especial del Secretario General para el Ebola.

[1] http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61117-5/abstract (consultado el 23 de diciembre de 2015).

Iraq

25. En los últimos 18 meses, la crisis humanitaria en el Iraq ha causado cuatro grandes oleadas sucesivas de desplazamientos de población y ha dado lugar a que más de 8,6 millones de personas, entre ellos 3 millones de desplazados internos, necesiten asistencia humanitaria. Casi 7,8 millones de personas requieren asistencia sanitaria. Los servicios sanitarios están sobrecargados y las existencias de medicamentos y suministros se agotan. En cuatro de las áreas del país más afectadas, 14 hospitales y más de 170 centros de salud han sufrido daños o han sido 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 la salud, la protección, los alimentos, el agua y el saneamiento.

26. La OMS y sus asociados del Grupo de Acción Sanitaria dieron apoyo al Ministerio de Salud del Iraq en su respuesta al brote de cólera que se ha extendido a todo el país. A fin de ayudar a este Ministerio, la OMS envió a expertos en la enfermedad; laboratorios; epidemiólogos, y expertos en agua, higiene, saneamiento y manejo de casos. Esta ayuda la aportaron tanto la Sede y las Oficinas Regionales de la Organización como los asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y el Centro internacional de tratamiento e investigación sobre enfermedades diarreicas situado en Bangladesh). Además, se creó un grupo de trabajo operativo sobre el cólera para coordinar las actividades. La OMS entregó 15 botiquines interinstitucionales para el tratamiento de las enfermedades diarreicas y 600 000 pastillas de cloro, y prestó apoyo a los centros de salud en las provincias y distritos damnificados a fin de llevar a cabo la vigilancia para la alerta temprana y el manejo de casos. También se difundieron ampliamente mensajes para la prevención del cólera. A fin de evitar una mayor propagación en la región, los asociados de la Secretaría y de la OMS ayudaron al Ministerio de Salud a poner en práctica una campaña masiva para administrar por vía oral vacunas contra la enfermedad. Se proporcionaron más de 500 000 dosis de vacunas, una cifra suficiente para proteger a 255 000 personas con alto riesgo de contraer el cólera en todo el país (desplazados internos y refugiados). A finales de octubre se había comenzado a extinguir el brote.

27. La OMS ha ampliado su presencia en el terreno estableciendo centros de operaciones en Bagdad, Erbil y Basora y centros secundarios en Dahuk y Solimania, y desplegando a 81 trabajadores de refuerzo. El país cuenta con una red de centros nacionales de coordinación que opera en 15 provincias. La OMS dirige y coordina el Grupo de Acción Sanitaria, que integran 48 asociados.

28. Los asociados de la OMS y el Grupo de Acción Sanitaria, en colaboración con el Ministerio de Salud del Iraq, han ayudado a prestar servicios sanitarios que pueden salvar vidas a 3,2 millones de personas. En el marco de estos servicios se incluyen el envío de 27 dispensarios móviles y 30 ambulancias, la formación de 1250 trabajadores sanitarios locales en distintos aspectos de las emergencias de salud pública, la compra y distribución de medicamentos, vacunas y suministros por un valor superior a US$ 17,5 millones a fin de reponer las existencias necesarias para emergencias en alrededor de 1400 centros de salud de todo el país y el control de la calidad del agua en los campamentos de desplazados internos y en otros puntos. Entre enero y junio de 2015 se prestó atención sanitaria a 3,4 millones de personas, sobre todo en las provincias norteñas y centrales donde se concentra un gran número de desplazados internos, así como en la provincia de Anbar, que también está azotada por el conflicto. Se remitió a centros de atención secundaria y terciaria a más de 300 000 pacientes y se vacunó contra el sarampión a 3,4 millones de niños de entre 9 y 59 meses y contra la poliomielitis a 5,3 millones de niños. La vigilancia de los brotes de enfermedades se ha reforzado notablemente: entre mayo de 2014 y agosto de 2015 se triplicó el número de puntos de notificación, pasando de 18 a 54.

29. Las deficiencias en cuanto a la financiación y el acceso a servicios sanitarios son dos problemas importantes. La extrema inestabilidad que se vive en amplias zonas del país dificulta el suministro de

insumos médicos esenciales. En agosto de 2015, un grave déficit de financiación provocó la cancelación del 84% de los programas sanitarios de los asociados que prestan ayuda humanitaria, sobre todo en las provincias del norte del país, que dejó a casi 3 millones de personas sin acceso a los servicios de atención sanitaria que necesitaban con urgencia. Gracias a los esfuerzos encaminados a promover la ayuda y la agilización de la movilización de recursos, se ha logrado el compromiso de donantes y se han conseguido mantener unos 100 proyectos sanitarios. Sin embargo, los déficit de financiación siguen siendo importantes. El Grupo de Acción Sanitaria necesita US$ 60,9 millones para desarrollar el Plan de respuesta humanitaria en Iraq para 2015 de los cuales, al 1 de octubre de 2015, solo se habían recibido US$ 16,6 millones (el 27%). La OMS anunció que necesitaba US$ 22,5 millones pero, hasta octubre de 2015, solo había recibido US$ 14 millones (el 62%).

Nepal

30. El 25 de abril de 2015 Nepal se vio sacudido por un terremoto de magnitud 7,8 grados cuyo epicentro se situó en el distrito de Gorkha, a unos 140 kilómetros al noroeste de Katmandú. A este sismo le siguieron decenas de fuertes réplicas, entre ellas un terremoto de magnitud 7,3 el 12 de mayo de 2015, con epicentro en el distrito de Sindhupalchowk, alrededor de 72 kilómetros al este de Katmandú, que afectó a personas e infraestructuras. Según informó el Gobierno de Nepal, fallecieron 8960 personas, 22 322 personas resultaron heridas[1] y más de 5,6 millones se vieron afectadas. Los temblores sacudieron más de la mitad de los 75 distritos del país, y en 14 de ellos se necesitó asistencia prioritaria. Veintiséis hospitales y más de 1100 centros sanitarios sufrieron daños y el 90% de los centros de salud situados fuera de las principales ciudades quedaron fuera de servicio. En Katmandú siguieron operativos los cinco hospitales más importantes, pese a acusar algunos daños, en parte gracias a las adaptaciones realizadas en el marco de los planes nacionales de preparación, para los que ha prestado apoyo la OMS, y al programa de seguridad en los hospitales. Las prioridades inmediatas fueron asistir a los heridos; garantizar la atención médica, obstétrica y quirúrgica de emergencia a pacientes con otras enfermedades prioritarias; ayudar a la rehabilitación de los pacientes que han recibido el alta hospitalaria, y proporcionar apoyo psicosocial a la población afectada.

31. El sector sanitario se movilizó rápidamente, en gran medida merced a la amplia labor de preparación llevada a cabo en los últimos 10 años por el Gobierno de Nepal en colaboración con la OMS. El Ministerio de Salud y Población, con el apoyo de la OMS, elaboró la estrategia gubernamental para la gestión del riesgo de desastres, incluidos la planificación de la preparación para ellos y los componentes sanitarios.

32. El Gobierno de Nepal solicitó asistencia médica de urgencia a la comunidad internacional y puso en marcha su centro de operaciones para emergencias sanitarias. La OMS envió personal para ayudar al Ministerio de Salud y Población a evaluar rápidamente la situación. Asimismo, la Organización coordinó la recepción internacional y el despliegue posterior de más de 150 equipos médicos extranjeros (principalmente, de organismos gubernamentales que proporcionaron atención médica y quirúrgica de emergencia) para satisfacer las necesidades en varios puntos. La OMS copresidió el Grupo de Acción Sanitaria integrado por 148 asociados que prestó servicios de atención primaria y efectuó intervenciones prioritarias en materia de salud pública. La OMS destinó también US$ 675 000 procedentes de fondos internos a la ampliación de sus operaciones y envió de inmediato suministros médicos y medicamentos esenciales para atender las necesidades de 100 000 personas durante tres meses, 539 carpas, suministros quirúrgicos para 1200 pacientes, botiquines para urgencias traumatológicas para 500 pacientes, kits de tratamiento de enfermedades diarreicas para 2100 casos y nueve carpas sa-

[1] Esta información está disponible en http://drrportal.gov.np/ (consultado el 3 de diciembre de 2015).

nitarias. Hasta septiembre de 2015, la OMS había entregado 50 kits para campamentos médicos y 48 toneladas de suministros y medicamentos, una cantidad suficiente para tratar a más de 4 millones de personas en los 14 distritos más damnificados, donde el 85% de centros sanitarios fueron dañados por los seísmos.

33. Con objeto de reforzar la respuesta, la OMS organizó la redistribución rápida de 34 miembros de su personal desde sus Oficinas Regionales y en los países y desde su Sede. La Organización mantuvo miembros de su personal en los 14 distritos más damnificados, donde prestaron apoyo a las autoridades sanitarias locales a fin de coordinar a los asociados y prestar apoyo técnico en cuestiones relativas a la salud pública, tales como el tratamiento de heridos a gran escala, la salud mental, la atención obstétrica y la vigilancia más estricta de la morbilidad.

34. Tras el terremoto se hizo un llamamiento interinstitucional. Hasta octubre de 2015, el sector sanitario había recibido menos de la mitad (el 47%) de los US$ 41,8 millones necesarios. La OMS recibió algo más de la mitad de la cantidad solicitada.

Sudán del Sur

35. Desde la escalada del conflicto armado en diciembre de 2013, la situación humanitaria general ha seguido empeorando. Hasta diciembre de 2015, más de 2,3 millones de personas se habían visto obligadas a dejar sus hogares y otros 4,6 millones necesitaban asistencia humanitaria urgente. Los servicios sanitarios se vieron gravemente afectados debido a los ataques a centros, personal sanitario y pacientes, a lo que se sumó la escasez de medicamentos y de personal. Las malas condiciones de higiene y saneamiento mantienen alto el riesgo de que se produzcan brotes de enfermedades transmisibles y de agravamiento rápido de la desnutrición, sobre todo en lugares como los centros de protección de la población civil de Bentiu y Malakal. De acuerdo con las estimaciones, desde principios de 2015 casi se ha duplicado el número de personas que sufren inseguridad alimentaria grave, alcanzando los 4,6 millones, entre ellos 250 000 niños gravemente malnutridos. Estas cifras son las más elevadas desde que empezó la guerra.

36. La OMS mantiene su presencia en Bentiu (estado de Unity), Bor (estado de Junqali) y Mingkaman (estado de Alto Nilo). La Organización tiene desplegados en el país 121 miembros de su personal y dispone de centros de enlace en sus 10 estados. En los últimos nueve meses se ha reducido la necesidad de contratación de urgencia, pero se sigue necesitando personal para periodos breves. La OMS dirige el Grupo de Acción Sanitaria y presta apoyo para la coordinación de 60 asociados del sector sanitario.

37. La Secretaría brinda apoyo al Ministerio de Salud a escala central y subnacional para reforzar los servicios sanitarios a fin de llevar a cabo intervenciones eficaces, seguras y de calidad destinadas a las personas que las necesitan. Además, la Secretaría y los asociados de la OMS para la salud ayudaron a este Ministerio a actualizar los planes de atención de víctimas a gran escala en Bentiu, Malakal y Melut, así como a formar equipos de respuesta rápida en los estados y los condados para investigar los brotes de enfermedades emergentes y responder a ellos. En Sudán del Sur hay 47 equipos estatales de respuesta rápida, que integran 298 personas.

38. Aunque el Grupo de Acción Sanitaria ha redoblado sus esfuerzos para hacer frente al paludismo, las infecciones respiratorias agudas y la diarrea acuosa aguda, queda mucho por hacer para detener el aumento de los casos y salvar las vidas de las personas infectadas. Entre enero y agosto de 2015, la OMS y sus asociados para la salud proporcionaron medicamentos y equipos que pueden salvar vidas para más de 950 000 personas, facilitaron insumos adicionales para ayudar a realizar intervenciones quirúrgicas en 11 centros; inmunizaron con vacunas antipoliomielíticas orales a más de 2,4 millones

de niños menores de 5 años en los siete estados donde la situación es estable y administraron vacunas anticoléricas orales a más de 37 000 desplazados internos.

39. El Grupo de Acción Sanitaria requiere US$ 93 millones para responder a emergencias en 2015, de los cuales US$ 16,7 millones son necesarios para las actividades de la OMS. Hasta octubre de 2015 la OMS había recibido solo el 41% de los fondos requeridos.

República Árabe Siria

40. Desde el comienzo del conflicto, en marzo de 2011, el número de personas que necesitan asistencia humanitaria aumentó de 1 millón a la abrumadora cifra de 12,2 millones. Más de 1 millón de personas han sufrido traumatismos y unos 7,6 millones han sido desplazados. Cinco países vecinos (Egipto, el Iraq, Jordania, el Líbano y Turquía) han acogido a numerosos refugiados, lo que supone cargas enormes para los servicios sociales nacionales y las comunidades locales. El número de refugiados registrados asciende a 4 millones, la mayor población de refugiados de un único conflicto en más de un cuarto de siglo. Entre ellos hay 2,2 millones de sirios registrados por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados en Egipto, el Iraq, Jordania y el Líbano, y 1,7 millones de sirios registrados por el Gobierno de Turquía. Más de 1 millón de refugiados sirios se encuentran en el Líbano, lo que representa el 30% de la población y supone la mayor concentración de refugiados en el mundo. El número de personas que viven en zonas de acceso difícil o imposible para los organismos de ayuda casi se ha duplicado en los dos últimos años (de 2,5 millones en 2013 a 4,8 millones para 2015). En la actualidad, los organismos de las Naciones Unidas y los asociados llegan solo a una tercera parte de las personas que necesitan asistencia en zonas de difícil acceso y asediadas. La mitad de la población del país carece de acceso regular al agua potable.

41. En la República Árabe Siria el conflicto ha tenido importantes consecuencias en el acceso a la atención de salud, ya que el sistema nacional de salud se ha deteriorado y el perfil de salud pública del país ha experimentado un cambio significativo (mayor número de pacientes con lesiones traumáticas, brotes de poliomielitis y sarampión, problemas de salud mental y complicaciones de enfermedades no transmisibles por falta de tratamiento.

42. La OMS ha incrementado su capacidad operacional en la República Árabe Siria a más del 80% de la plantilla, integrada en un 90% por nacionales y complementada por una red descentralizada de 57 médicos coordinadores en los 14 distritos, incluso en las zonas aisladas y controladas por las fuerzas oponentes. La OMS mantiene oficinas secundarias en Alepo, Hassake y Homs, y prevé establecer una presencia en Lattakia. Asimismo, la Organización mantiene alianzas activas con más de 60 organizaciones no gubernamentales, con el fin de mejorar el acceso e instaurar modalidades sostenibles para la prestación de servicios de salud. Por otra parte, los equipos de los centros de la OMS en Gaziantep (Turquía) y Ammán (Jordania) respaldan operaciones transfronterizas en el marco del enfoque «Whole of Syria», orientado a ampliar la prestación de servicios de salud en zonas de difícil acceso y asediadas.[1]

43. Entre enero y agosto de 2015 la OMS distribuyó 14,3 millones de tratamientos médicos en la República Árabe Siria, en comparación con 13,8 millones distribuidos entre enero y diciembre de 2014. Desde 2013 la OMS apoyó un total de 13 rondas de campañas nacionales de vacunación contra la poliomielitis y dos campañas subnacionales. Las primeras campañas nacionales permitieron vacunar

[1] En consonancia con las resoluciones 2139 (2014), 2165 (2014) y 2191 (2014) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

a 2,9 millones de niños menores de 5 años, mientras que las dos últimas campañas solo llegaron a 2,27 millones de esos niños, porque el recrudecimiento de las hostilidades impidió el acceso a dos distritos. Además, en abril de 2015 se vacunó a 1,6 millones de niños contra el sarampión. El número de sitios centinela que transmiten información al sistema de pronta alerta y respuesta aumentó de 104 en 2012, a 948 en 2015; el 39% de ellos están en zonas de difícil acceso. A la luz del brote aparecido en el Iraq, la OMS elaboró junto con los asociados un plan «Whole of Syria» de emergencia y preparación contra el cólera.

44. La crisis ha sobrecargado gravemente los sistemas de salud de los países vecinos que acogen refugiados. La OMS está colaborando con los gobiernos de esos países y los asociados del sector sanitario para evaluar, vigilar y prevenir importantes riesgos de salud pública y problemas del sector sanitario relacionados con el significativo incremento del número de pacientes ambulatorios y hospitalarios y de las crecientes necesidades de medicamentos, especialmente para tratamiento de enfermedades no transmisibles. Otros problemas existentes son la necesidad de capacitar personal y hacer frente a problemas de salud mental, tuberculosis, leishmaniasis y otras cuestiones de salud pública específicas de la población de refugiados. La OMS dispone de equipos en todos los países vecinos y de un equipo de coordinación en Ammán para apoyar a todos los países afectados por la crisis.

45. Si bien es mucho lo que se ha conseguido, las necesidades humanitarias siguen aumentando. Las deficiencias persisten debido al aumento de las necesidades sanitarias, la dificultad para acceder a los servicios, la limitada capacidad operacional de los asociados y la financiación insuficiente. En 2015, los sectores sanitarios de la República Árabe Siria y los países vecinos solicitaron US$ 687,2 millones, de los cuales la oficina de la OMS en la República Árabe Siria necesita US$ 131,6 millones para seguir suministrando medicamentos vitales, insumos y equipos médicos a un creciente número de personas cada vez más vulnerables; fortalecer el manejo de los traumatismos; ampliar la prestación de servicios de inmunización; dispensar servicios de salud mental y de rehabilitación física; reforzar las ayudas a los servicios de salud en los países vecinos; y apoyar un sistema regional de vigilancia y respuesta a las enfermedades transmisibles. Hasta octubre de 2015, la Oficina de la OMS en la República Árabe Siria había recibido solo el 39% de los fondos solicitados.

Yemen

46. Desde el inicio del levantamiento, en marzo de 2015, la violencia en el Yemen se ha intensificado bruscamente y ha generado un aumento extraordinario de las necesidades de asistencia humanitaria. La mayor parte de la infraestructura civil ha sido dañada o destruida. Las restricciones a las importaciones comerciales han provocado la grave escasez y el encarecimiento repentino de productos básicos tales como combustibles, alimentos y medicamentos. La mayor parte de los centros de salud de los distritos acuciados por riesgos para la seguridad han dejado de funcionar o funcionan solo parcialmente. Al menos 160 centros de salud de todo el país han debido cerrar por falta de medicamentos, insumos, equipo y combustible para alimentar los generadores, dado que el suministro eléctrico es cada vez más imprevisible. La salida de profesionales sanitarios que huyen de la violencia ha provocado escasez de personal sanitario cualificado y, consiguientemente, carencias en los servicios de atención primaria de salud, traumatología, cirugía y obstetricia en las zonas en que persiste el conflicto. Unos 2,6 millones de niños menores de 15 años están expuestos a contraer el sarampión; otros 2,5 millones de niños menores de 5 años corren riesgo de sufrir enfermedades diarreicas, y 1,3 millones podrían contraer infecciones respiratorias agudas.

47. Más de 1,4 millones de personas se han visto obligadas a abandonar sus hogares, además de los 250 000 desplazados internos que viven actualmente en el país. Esas cifras siguen aumentando a medida que el conflicto persiste. En consecuencia, 15,2 millones de personas necesitan asistencia huma-

nitaria con urgencia, y de ellos, 10,3 millones requieren intervenciones sanitarias. Debido a los combates, la prestación de asistencia vital es extremadamente difícil y riesgosa.

48. La OMS tiene una oficina principal en Saná y dos oficinas secundarias en Aden y Hodeida, así como una oficina de enlace en Ammán (Jordania) y una base logística en Djibouti, con 75 trabajadores nacionales y 17 internacionales (10 de estos últimos en el Yemen). Todo el personal de las Naciones Unidas tiene su base en Saná o presta apoyo a distancia desde bases en Ammán y Djibouti. A raíz de los intensos combates, las Naciones Unidas debieron aplazar los planes para reforzar su presencia en seis centros de asistencia humanitaria (Saná, Aden, Hodeida, Saada, Taiz y Hadramout).

49. La OMS codirige el Grupo de Acción Sanitaria de 20 asociados, junto con el Ministerio de Salud Pública y Población. A pesar del deterioro de la situación de seguridad, el acceso restringido de la ayuda humanitaria y la limitada disponibilidad de financiación externa, la OMS y sus asociados han respondido a las crecientes necesidades sanitarias de la población asegurando la funcionalidad de los principales servicios de salud, la reapertura de servicios de salud cerrados y el mantenimiento de la cadena de suministros de medicamentos y la cadena de frío para las vacunas.

50. A partir de marzo de 2015 la OMS prestó apoyo al Ministerio de Salud Pública y Población en la adquisición y distribución de más de 181 toneladas de medicamentos, suministros médicos y vacunas, la capacitación y el despliegue de 50 equipos médicos móviles y 20 fijos en 11 distritos, la dotación de personal para 18 hospitales en siete de los distritos más afectados, y el suministro de 780 190 litros de combustible para mantener en funcionamiento ambulancias, sistemas de cadena de frío y servicios de salud (incluidos 51 hospitales, 7 centros principales, 6 depósitos de vacunas y 8 centros de diálisis renal). Junto con los asociados en pro de la salud, la OMS contribuyó a dispensar tratamiento a unos 1,2 millones de pacientes, así como a otros 24 641 pacientes que necesitaban atención traumatológica y quirúrgica. La OMS suministró agua potable, insumos de higiene y material de limpieza a desplazados internos en todos los distritos afectados. De los 5,7 millones de niños menores de 5 años que se preveía vacunar contra la poliomielitis, se vacunó a 5,4 millones, y de los 1,8 millones de niños de 6 meses a 15 años que se preveía vacunar contra el sarampión en zonas de alto riesgo, se vacunó a más de 1,5 millones. Desde principios de 2015 se generaron e investigaron 2082 notificaciones de alerta de enfermedades mediante el sistema de vigilancia, y se prestó apoyo al Ministerio de Salud Pública y Población en el desarrollo y aplicación de planes de lucha contra el dengue y el cólera.

51. La falta de financiación y las restricciones de acceso están obstaculizando los trabajos de respuesta orientados a subsanar deficiencias críticas en la prestación de servicios de salud para la población afectada. En 2015, el Grupo de Acción Sanitaria solicitó US$ 152 millones, incluidos US$ 70 millones para la OMS, con el fin de satisfacer las necesidades sanitarias de 10,3 millones de beneficiarios, entre ellos 1,4 millones de desplazados internos. Al 1 de octubre de 2015, el déficit de financiación de la OMS era del 56%.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

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

ANEXO

LISTA DE EMERGENCIAS AGUDA/CLASIFICADAS Y PROLONGADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE EXAMEN (1 DE ENERO – 1 DE OCTUBRE DE 2015)

País, territorio o zona/emergencia	**Tipo de crisis**	**Fecha de clasificación inicial de la emergencia**	**Fecha de revisión de la clasificación**	**Grado actual***
Burundi	conflicto/disturbios civiles	18/05/2015		1
Camerún	conflicto/disturbios civiles	01/04/2015		2
Filipinas	conflicto/disturbios civiles	10/03/2015		1
Guinea	brote de ebola	26/07/2014		3
Iraq	conflicto/disturbios civiles	12/08/2014		3
Jordania	desplazamiento de refugiados – conflicto en la República Árabe Siria	03/01/2013		3
Líbano	desplazamiento de refugiados – conflicto en la República Árabe Siria	03/01/2013		3
Liberia	brote de ebola	26/07/2014		3
Libia	conflicto/disturbios civiles	28/08/2014		1
Madagascar	inundaciones	09/03/2015 (grado 2)	19/03/2015	1
Malawi	inundaciones	20/01/2015		2
Micronesia (Estados Federados de)	ciclón Maysak	02/04/2015		1
Mozambique	inundaciones	28/01/2015		2
Myanmar	inundaciones	10/08/2015		2
Nepal	terremoto	27/04/2015 (grado 3)	23/06/2015	1
Níger	conflicto/disturbios civiles	07/04/2015		2
Nigeria	conflicto/disturbios civiles	07/04/2015		2
República Árabe Siria	conflicto/disturbios civiles	03/01/2013		3
República Centroafricana	conflicto/disturbios civiles	13/12/2013 (grado 3)	25/05/2015	2
República Unida de Tanzanía	desplazamiento de refugiados	18/05/2015		1

País, territorio o zona/emergencia	Tipo de crisis	Fecha de clasificación inicial de la emergencia	Fecha de revisión de la clasificación	Grado actual*
Sierra Leona	brote de ebola	26/07/2014		3
Sudán del Sur	conflicto/disturbios civiles	12/02/2014		3
Turquía	desplazamiento de refugiados – conflicto en la República Árabe Siria	03/01/2013		3
Tuvalu	ciclón Pam	16/03/2015		1
Ucrania	conflicto/disturbios civiles	20/02/2014		2
Vanuatu	ciclón Pam	16/03/2015		2
Yemen	conflicto armado	04/04/2015 (grado 2)	01/07/2015	3
Afganistán	prolongada	no disponible		no disponible
Burkina Faso	prolongada	no disponible		no disponible
Camerún	prolongada	no disponible		no disponible
Chad	prolongada	no disponible		no disponible
Djibouti	prolongada	no disponible		no disponible
Eritrea	prolongada	no disponible		no disponible
Etiopía	prolongada	no disponible		no disponible
Gambia	prolongada	no disponible		no disponible
Malí	prolongada	no disponible		no disponible
Mauritania	prolongada	no disponible		no disponible
Myanmar	prolongada	no disponible		no disponible
Níger	prolongada	no disponible		no disponible
Nigeria	prolongada	no disponible		no disponible
Pakistán	prolongada	no disponible		no disponible
República Democrática del Congo	prolongada	no disponible		no disponible
Ribera Occidental y Franja de Gaza	prolongada	no disponible		no disponible
Senegal	prolongada	no disponible		no disponible
Somalia	prolongada	no disponible		no disponible
Sudán	prolongada	no disponible		no disponible

= = =