

## **Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)**

### **Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009**

#### **Informe de la Directora General**

La Directora General tiene el honor de transmitir a la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud el informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009 (véase el anexo).



## ANEXO

**INFORME DEL COMITÉ DE EXAMEN ACERCA DEL  
FUNCIONAMIENTO DEL REGLAMENTO SANITARIO  
INTERNACIONAL (2005) Y LA GRIPE PANDÉMICA POR A (H1N1) 2009**

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
AGRADECIMIENTOS .....	4
PREFACIO .....	7
RESUMEN DE ORIENTACIÓN .....	9
I. Preparación para una emergencia mundial de salud pública .....	30
II. Gripe Pandémica por A (H1N1) 2009 .....	55
III. Gestión de la respuesta mundial .....	71
IV. Conclusiones y recomendaciones .....	143
Apéndices .....	159

## AGRADECIMIENTOS

El Comité de Examen desea agradecer a los siguientes miembros que dimitieron en el transcurso de los trabajos del Comité: Dr. Anthony Evans, Profesor John Mackenzie, Dr. Ziad Memish y Dr. Babatunde Osotimehin.

El Comité de Examen recibió valiosas aportaciones de los Estados Partes, de los organismos especializados de las Naciones Unidas, de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y de particulares. En especial, desea agradecer a las siguientes personas que fueron entrevistadas por el Comité:

Dr. Masato Mugitani, Viceministro para la Salud Mundial y Director General del Grupo Especial para la Gripe Pandémica, Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar (Japón); Dr. Suresh Jadhav, Director Ejecutivo de Garantía de Calidad y Registro, Serum Institute (India) y Ex Presidente de la Red de Fabricantes de Vacunas de los Países en Desarrollo; Sr. Tony Colgate, Coordinador Científico de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento y Administrador de Asuntos Técnicos relacionados con las Vacunas y Productos Diagnósticos para la Gripe (Novartis); Dr. Dirk Glaesser, Director de Gestión de Riesgos y Crisis, Organización Mundial del Turismo (Naciones Unidas); Dr. David Salisbury, Director de Inmunización, Departamento de Salud (Inglaterra) y Presidente del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización (OMS); Dr. David Reddy, Director del Grupo Especial sobre Pandemia Mundial, y Sra. Catherine Steele, Directora Internacional de Comunicación (F. Hoffman-La Roche Ltd.); Dr. Andrin Oswald, Director de Vacunas y Productos Diagnósticos (Novartis); Contraalmirante Stephen Redd, Director, Unidad de Coordinación de Gripe, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos de América); Dr. Hugo López-Gatell Ramírez, Subdirector General de Epidemiología, Ministerio de Salud y Centro Nacional de Enlace para el RSI (México); Profesor Didier Houssin, Director General de Salud y Delegado Interministerial para la Gripe Aviar del Ministerio de Salud (Francia); Embajador Bente Angell-Hansen (Noruega) y Embajador J. J. Gómez-Camacho (México), copresidentes del Grupo de Trabajo de Composición Abierta de Estados Miembros sobre Preparación para una Gripe Pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios; Dr. David Butler-Jones, Funcionario Jefe de Salud Pública, Agencia de Salud Pública (Canadá); Dr. David Nabarro, Coordinador Superior para la Gripe Aviar y Humana (Coordinación del Sistema de las Naciones Unidas para la Gripe); Sra. Carmen Amela Heras, Representante para Asuntos del RSI, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y Centro Nacional de Enlace para el RSI (España); Dr. Thomas Jefferson (Cochrane Vaccines Field); Dra. Fiona Godlee, Redactora Jefe (*British Medical Journal*); Dr. Norbert Hehme, Presidente del Grupo Especial Internacional para el Suministro de Vacunas Antigripales (Federación Internacional de la Industria del Medicamento) y Productos Biológicos (GlaxoSmithKline); Dr. Paul Benkimoun, Periodista Médico, *Le Monde* (Francia); Profesor David Harper, Director General para la Mejora y la Protección de la Salud, Departamento de Salud (Inglaterra); Sra. Else JB Andersen, Subdirectora General Adjunta, Ministerio de Salud y Servicios Asistenciales (Noruega); Sr. Morten Randmæl, Director, Departamento de Preparación para Emergencias, Dirección de Salud (Noruega); Sr. Bjørn Iversen, Director Interino de Departamento, Instituto Noruego de Salud Pública (Noruega); Sra. Ine Måreng, Subdirectora General, Ministerio de Asuntos Exteriores (Noruega); Dr. Lars Schaade, Director del Centro, Seguridad Biológica, Instituto Robert Koch (Alemania); Dr. Alex Thiermann, Presidente de la Comisión del Código sanitario para los animales terrestres y Consejero Técnico del Director General de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE); Dra. Kate Glynn, Jefa de Misión en el Departamento Técnico y Científico, y Coordinadora de Asuntos relacionados con las Interacciones entre los Animales y el Hombre (OIE); Sr. Paul Flynn, Parlamentario, Partido Laborista y Representante en el Consejo de Europa (Reino Unido); Dr. Gérard Krause, Director, Departamento de Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Salud Pública (Alemania); Profesor John Mackenzie, Presidente del Comité de Emergencias, Profesor de Enfermedades Infecciosas Tropicales, División de Ciencias de la Salud, Universidad Curtin (Austra-

lia); Dr. Claude Thibeault, Consultor en Medicina Aeronáutica y Salud Ocupacional, y Asesor Médico (IATA: Asociación de Transporte Aéreo Internacional); Dr. Aboubacry Fall, Especialista en Salud Pública, Economista de la Salud, Director de Prevención, Ministerio de Salud, Prevención e Higiene Pública (Senegal); Dr. Philip Muthoka, Funcionario del Centro Nacional de Enlace para el RSI, Ministerio de Salud (Kenya); Dr. Vagif Abdullayev, Centro Nacional de Enlace para el RSI, Director General Adjunto del Centro Republicano de Higiene y Epidemiología (Azerbaiyán); Dra. Liudmila Naroi-chyk, Médico Jefe Adjunto para Epidemiología, Centro Republicano de Higiene y Epidemiología y Salud Pública (Belarús); Dr. Anthony Evans, Jefe de la Sección de Medicina Aeronáutica, Organización de Aviación Civil Internacional (OACI), Montreal (Canadá); Dr. Dang Quang Tan, Jefe de la División de Cuarentena en Fronteras, Departamento de Medicina Preventiva, Ministerio de Salud (Viet Nam); Dr. Jacques Berger, Presidente, Sanofi Pasteur (Francia); Dr. Atika Abelin, Director, Política Mundial de Inmunización (Sanofi Pasteur); Dra. Patricia Leung-Tack, Directora de Operaciones Industriales para la Gripe, Gripe Pandémica y Neumo (Sanofi Pasteur); Dr. Mike Osterholm, Director, Centro de Investigaciones y Políticas sobre Enfermedades Infecciosas (CIDRAP), Universidad de Minnesota; Dr. Samir Abdel Aziz El Rafie, Director Ejecutivo de la Unidad de Vigilancia, Ministerio de Salud (Egipto); Dr. Babiker Magboul, Director del Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud Federal (Sudán); Dr. Kamel Abusal, Centro Nacional de Enlace para el RSI y Especialista en Medicina Comunitaria, Jefe del Sector de Enfermedades Diarreicas, Ministerio de Salud (Jordania); Sra. Maritza García, Enfermera Diplomada, Epidemióloga, Jefa del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud (Chile); Dra. Karina Balbuena, Coordinadora del Equipo de Respuesta Rápida, Secretaría de Programas de Prevención y Promoción de la Salud, Ministerio de Salud (Argentina); Dr. Geela Ali, Secretario Permanente de Salud (Maldivas); Dr. Garib Das Thakur, Director de la División de Epidemiología y Control de Enfermedades y Centro Nacional de Enlace para el RSI, Departamento de Servicios de Salud (Nepal); Sra. Mary Murnane, Secretaria Adjunta, Profesor Jim Bishop, Director General de Salud, y Sra. Jennifer Bryant, Primera Secretaria, Oficina de Protección de la Salud, Departamento de Salud y Envejecimiento (Australia); Dr. Gary Grohmann, Director, Sección de Inmunobiología, Grupo de Monitorización y Observancia, Administración de Bienes Terapéuticos (Australia); Dr. Jean Damascène Khouilla, Director General de Salud Pública (Gabón); Dr. Marc Sprenger, Director, y Profesor Angus Nicoll (Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades), y Dr. David L Heymann, Jefe e Investigador Principal, Centro para la Seguridad Sanitaria Mundial, Chatham House (Reino Unido).

El Comité de Examen desea agradecer a la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, al Director General Adjunto de la OMS, Dr. Anarfi Asamoah-Baah, y al Subdirector General de la OMS, Dr. Keiji Fukuda, el apoyo activo que prestaron a la labor de Comité. Además, desea agradecer las aportaciones de los siguientes miembros de la Secretaría de la OMS: Sylvain Aldighieri, Ruth Anderson, Roberta Andraghetti, Penny Andrea, Sylvie Briand, Caroline Brown, Rick Brown, Gian Luca Burci, Francis Chisaka Kasolo, Stella Chungong, Fernando Da Conceição Silveira, Patrick Drury, Philippe Duclos, Christine Feig, Fernando González-Martín, Max Hardiman, Hande Harmanci, Gregory Härtl, Thomas Hofmann, Helge Hollmeyer, Anne Huvos, Jean Jabbour, Takeshi Kasai, Mika Kawano, Kristen Kelleher, Marie-Paul Kieny, Chin-Kei Lee, Ailan Li, Karen Mah, Jaouad Mahjour, Anne Hélène Mazur, Jill Meloni, Daniel Menucci, David Mercer, Anthony Mounts, Bjorg Nilsson, Isabelle Nuttall, Angela Merianos, Otavio Oliva, Satoko Otsu, Charles Penn, Zahiri Pernalet, Bruce Plotkin, Chusak Prasittisuk, Adrienne Rashford, Cecilia Rose-Oduyemi, Cathy Roth, Michael Ryan, Nahoko Shindo, Rafe Slattery, Ian Smith, Steve Solomon, Florimond Tshioko Kweteminga, Ayana Yeneabat Alemu, Maged Younes y Wenqing Zhang.

El Comité de Examen quiere asimismo expresar especial agradecimiento a su secretaría, dirigida por Nick Drager y compuesta por Dominique Metais, Faith McLellan, Mary Chamberland, Nadia Day, Alice Ghent, Sue Horsfall, Janet Kincaid, Phillip Lambach, Linda Larsson, Fabienne Maertens, Joan Ntabadde, Les Olson, Magdalena Rabini, Sarah Ramsay, Mick Reid, Chastine Rodriguez, Alexandra Rosado-Miguel y Natasha Shapovalova.

## PREFACIO

Son innumerables las amenazas para la salud que pueden cruzar las fronteras de los países. Adelantándose a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) actúa como portavoz y líder en nombre de la comunidad mundial. La principal línea de defensa de la OMS es el Reglamento Sanitario Internacional (2005). La aparición de la pandemia de gripe por A (H1N1) en abril de 2009 fue la primera gran prueba de estrés desde la entrada en vigor del Reglamento en 2007.

Este informe tiene una doble finalidad. En primer lugar, analiza en qué medida el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) ha cumplido hasta ahora su función de dotar al mundo de un sistema de seguridad sanitaria adecuado que perturbe lo menos posible la actividad económica, más específicamente los viajes, el transporte de mercancías y los derechos humanos. Se había previsto hacer un primer examen del Reglamento en 2010, pero la irrupción de la gripe pandémica en 2009 llevó a ampliar el contenido de este informe para que abarcara, como segundo tema, la investigación de la respuesta de la OMS a la pandemia. Esos dos objetivos son independientes, pero están interconectados.

La pandemia de gripe de 2009 iluminó de forma reveladora el funcionamiento del Reglamento. Al mismo tiempo, el RSI abarca un amplio espectro de emergencias de salud pública, no sólo las amenazas infecciosas. Además de poner a prueba el Reglamento, la pandemia de gripe puso de manifiesto vulnerabilidades de las capacidades de salud pública a nivel mundial, nacional y local, limitaciones de los conocimientos científicos, dificultades en la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre, complejidades de la cooperación internacional y problemas de comunicación entre los expertos, las instancias normativas y el público.

Durante el último año he tenido el privilegio de colaborar con los miembros del Comité de Examen, integrado por personas de todas las regiones del mundo, elegidas por sus conocimientos especializados, su independencia y su dedicación a la salud mundial. Para cumplir su misión, acudieron a la sede de la OMS en Ginebra a escuchar muchas horas de declaraciones y leer cientos de documentos a lo largo de un proceso exhaustivo de investigación y deliberación.

El informe resultante se caracteriza por lo que no es tanto como por lo que es. No está basado en prejuicios, sino en la mejor evidencia disponible. El informe no evalúa la actuación de países concretos o la relación costo-eficacia del RSI o de la respuesta a la pandemia, sino que se centra en el funcionamiento y la eficacia del RSI y de la OMS. Se ha intentado analizar los hechos, extraer conclusiones y ofrecer consejos constructivos para mejorar el funcionamiento en el futuro.

El Comité de Examen ha sido consciente de que fue designado en nombre de todos los Estados Miembros. Con ese mandato, hemos procurado en todo momento hacer consultas e integrar las opiniones recabadas. Todas las sesiones plenarias del Comité estuvieron abiertas a representantes de los Estados Partes en el RSI, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y medios de comunicación. Todos los presentes escucharon las mismas declaraciones que el Comité, y este contó con presentaciones escritas y orales de los Estados Partes y otros interesados.

Antes de su última reunión, celebrada en marzo de 2011, el Comité dio a conocer su proyecto de recomendaciones y conclusiones en forma de documento de avance, lo cual brindó a los Estados Partes en el RSI, las organizaciones intergubernamentales y las organizaciones no gubernamentales la oportunidad de examinar el texto y evaluar sus méritos y defectos. Sus observaciones sobre el Documento de avance ayudaron a reforzar el informe y han servido para consolidar su orientación general y la naturaleza de sus recomendaciones.

Al igual que el Avance, el informe final presenta tres conclusiones resumidas y 15 recomendaciones. Estas abarcan una serie de mejoras relacionadas con aspectos técnicos, logísticos y normativos. Algunas recomendaciones exigirán recursos si se quiere ponerlas en práctica, pero ninguna de ellas entraña un costo mayor que el de la inacción.

Las pandemias pueden obligarnos a extraer amargas enseñanzas. Con independencia de la opinión que se tenga sobre la respuesta de la OMS y de otras autoridades a la pandemia de 2009, todos debemos alegrarnos de que el número de muertes fuera relativamente reducido. Es bien sabido que los virus gripales son imprevisibles. Hemos tenido suerte esta vez, pero, tal como se concluye en el informe, el mundo está mal preparado para afrontar una pandemia grave o cualquier otra emergencia de salud pública que suponga una amenaza mundial y sostenida. Ofrecemos respetuosamente los resultados de esta evaluación a todos los países con la esperanza de que nuestras recomendaciones ayuden a hacer de este mundo un lugar más seguro.

Harvey V. Fineberg  
Presidente del Comité de Examen

Abril de 2011  
Ginebra, Suiza



## RESUMEN DE ORIENTACIÓN

### INTRODUCCIÓN

1. En enero de 2010, el Consejo Ejecutivo de la OMS, en su 126.<sup>a</sup> reunión, acogió con beneplácito la propuesta de la Directora General de convocar el Comité de Examen, según lo dispuesto en el capítulo III del título IX del Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI). La propuesta incluía la solicitud de que el Comité examinara la experiencia adquirida con la respuesta mundial a la pandemia por virus gripal A (H1N1) 2009 a fin de fundamentar el examen del funcionamiento del RSI; ayudar a evaluar la respuesta en curso, y, si procedía, modificarla; y fortalecer la preparación para futuras pandemias. A continuación se describe el mandato del Comité:

**El examen de la respuesta mundial a la pandemia por virus H1N1 será efectuado por el Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional, constituido por expertos poseedores de una amplia variedad de conocimientos científicos especializados y experiencia práctica en salud pública. Entre sus miembros se encuentran algunos de los principales expertos mundiales en sus respectivos campos.**

**El Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI) es un convenio internacional jurídicamente vinculante para 194 Estados Partes de todo el mundo, incluidos los Estados Miembros de la OMS. Su finalidad fundamental es ayudar a la comunidad internacional a prevenir y responder a los riesgos agudos de salud pública que puedan atravesar las fronteras y poner en peligro a las personas en todo el mundo. En enero de 2010, el Consejo Ejecutivo de la OMS solicitó a la Directora General que presentara una propuesta acerca de la manera de evaluar la respuesta internacional a la gripe pandémica, y posteriormente aprobó la sugerencia de ella en el sentido de convocar el Comité de Examen del RSI para que examinara tanto la respuesta a la pandemia como el funcionamiento del RSI.**

**Desde que el RSI revisado entró en vigor, la pandemia por virus H1N1 es la primera emergencia de salud pública de importancia internacional que ocurre. Como el RSI desempeñó una función central en la respuesta mundial frente a la pandemia, hay una relación estrecha entre el examen del mismo y el de dicha respuesta.**

**El RSI facilita la actuación internacional coordinada porque exige que los países notifiquen a la OMS determinados brotes epidémicos y eventos de salud pública para que la notificación mundial de eventos de salud pública de importancia internacional sea oportuna y abierta.**

**El RSI se aplicó por vez primera (es decir, «entró en vigor») a escala mundial en 2007 y la Asamblea Mundial de la Salud determinó que el primer examen de su funcionamiento se efectuaría en la 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2010.**

#### Objetivos

**El examen persigue tres objetivos fundamentales:**

- **Evaluar el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005);**
- **Evaluar la respuesta mundial en curso a la pandemia por virus H1N1 (en particular, la función de la OMS); y**
- **Extraer las enseñanzas que sean importantes para fortalecer la preparación y respuesta frente a pandemias y emergencias de salud pública en el futuro.**

2. El nombre y la afiliación institucional de los miembros del Comité de Examen aparecen al final del Resumen de orientación. En el apéndice I figura el mandato del Comité en su integridad, y el apéndice II del informe contiene las biografías de los miembros y sus declaraciones de intereses.

### **Método de Trabajo**

3. La mayor parte del trabajo del Comité de Examen se llevó a cabo mediante sesiones plenarias en la sede de la OMS, en Ginebra. Por motivos de transparencia, los medios de información tuvieron acceso a las sesiones. El Comité recibió testimonios de personas en representación de los Estados Partes, los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, organizaciones intergubernamentales, organizaciones no gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas, la industria, profesionales de la salud, expertos, miembros de los medios de información, presidentes de comités pertinentes y la Secretaría de la OMS.

4. El Comité en pleno y sus grupos de trabajo también celebraron en Ginebra sesiones deliberantes a las que solo tuvieron acceso los miembros del Comité y el personal de apoyo inmediato. Se realizaron otras consultas con el personal de apoyo, el Presidente, Profesor Harvey V. Fineberg, y los grupos de trabajo del Comité mediante conferencias telefónicas y el correo electrónico.

5. Aunque funcionó de manera independiente, con frecuencia el Comité de Examen solicitó información a la Secretaría de la OMS, pidiéndole aclaración de las cuestiones que se suscitaron durante la recopilación de información y la redacción del informe. Funcionarios de la OMS presentaron sus respuestas por escrito al Comité o conversaron informalmente con los miembros de este. La OMS brindó al Comité acceso irrestricto a documentos internos y, para poder examinar documentos legales de carácter confidencial, sus miembros firmaron un acuerdo comprometiéndose a no revelar la información.

6. La Secretaría de la OMS preparó una serie de notas informativas para el Comité mediante las que se le brindó información relacionada con cuestiones tales como el RSI; preparación frente a pandemias; fases de la pandemia; gravedad de la pandemia; vacuna antipandémica; medicamentos antivíricos; vigilancia virológica; vigilancia de la enfermedad; respuesta de laboratorio; medidas de salud pública; y el grupo de trabajo de composición abierta de Estados Miembros sobre preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios. El Comité tuvo acceso a una serie de estudios que evaluaron el funcionamiento del anexo 2 del RSI (es decir, el instrumento de decisión para la evaluación por los Estados Partes y la notificación de eventos de salud pública) así como a los informes sobre los avances logrados en la aplicación del Reglamento. A petición del Comité, la Secretaría de la OMS ideó una matriz de las funciones esenciales de salud pública del RSI e informó acerca de una amplia variedad de eventos no pandémicos que habían sido notificados a la OMS desde la entrada en vigor del RSI. El Comité seleccionó varios eventos y le pidió a la Secretaría que preparase un resumen de cada uno para facilitar la evaluación de las funciones de salud pública del RSI.

7. El Comité se propuso documentar la función y gestión de la OMS en respuesta a la pandemia y evaluar la eficacia del RSI. Para el efecto fue necesario investigar a fondo los eventos y las decisiones que se tomaron en el curso de la pandemia, así como examinar las críticas que se le hicieron a la Organización y evaluar los logros de esta. Desde el comienzo, el objetivo fue determinar las mejores formas de proteger al mundo en la próxima emergencia de salud pública. A lo largo de sus deliberaciones, el Comité se propuso ser completo, sistemático, abierto y objetivo. El presente informe ofrece una descripción extensa de las pruebas presentadas al Comité en las entrevistas y mediante documentos, así como la evaluación e interpretación de esas pruebas por parte del Comité.

## Antecedentes y contexto

8. El RSI establece un régimen para la protección sistemática de la salud pública y ofrece indicaciones sobre la forma de afrontar las enfermedades que representan una amenaza, tanto en los países como en sus fronteras. Brinda igualmente un marco para responder de forma coordinada y apropiada a las amenazas planteadas por enfermedades emergentes importantes. Estas amenazas pueden ir desde eventos de salud pública que afectan a uno o varios países hasta eventos de salud pública de importancia mundial. Las disposiciones del RSI son jurídicamente vinculantes para los Estados Partes y la OMS. El Reglamento introdujo varias innovaciones fundamentales, en particular la sustitución de una lista de enfermedades de notificación obligatoria por un instrumento para la toma de decisiones (anexo 2), con el fin de ayudar a los países a determinar si un evento puede constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional. La pandemia de 2009 fue la primera gran prueba que debió superar el RSI.

9. Para examinar el funcionamiento del RSI y evaluar el desempeño de la OMS en respuesta a la pandemia es necesario entender el contexto de esta. El Comité de Examen reconoció cinco factores que enmarcaron los eventos y ayudan a explicar lo que sucedió en la respuesta a la pandemia. Descriptos de forma sencilla, son los siguientes:

- los valores básicos de la salud pública;
- la naturaleza imprevisible de la gripe;
- la amenaza de la gripe aviar por virus A (H5N1) y la manera como configuró la preparación general para hacer frente a pandemias;
- la doble función de la OMS como la voz moral de la salud en el mundo y como una organización al servicio de sus Estados Miembros;
- las limitaciones de unos sistemas que fueron concebidos para responder a una emergencia geográficamente focalizada y de corta duración y no a un evento mundial, sostenido y de larga duración.

10. Los valores básicos de la salud pública configuraron la respuesta de los líderes sanitarios de todo el mundo frente a la pandemia. El espíritu que anima a la salud pública es el de la prevención: prevenir enfermedades e impedir muertes evitables. La respuesta de la OMS y de muchos países a la pandemia se enmarca en este modo de pensar, lo cual fue confirmado en los sentimientos expresados por muchos Estados Miembros al Comité de Examen: frente a la incertidumbre y el daño potencialmente grave, es mejor errar por exceso de precaución. Los funcionarios de salud pública están convencidos de ello y actúan en consecuencia. Compete a los líderes políticos y las instancias normativas entender este valor básico de la salud pública y la forma como domina el modo de pensar en este campo.

11. La historia y la ciencia indican que las pandemias de gripe seguirán ocurriendo; en este sentido, se trata de algo muy previsible. Sin embargo, nadie puede predecir exactamente cuándo y dónde va a ocurrir ni cuán grave será la próxima pandemia de gripe. Como las pandemias no son frecuentes, se propende a sobreinterpretar las tendencias del pasado. Por ejemplo, cuando se consideran las pandemias de 1918-1919, 1957, 1968 y 2009 puede ser tentador concluir que la gravedad de las pandemias sucesivas tiende a disminuir. Sin embargo, cuatro observaciones son muy pocas para apoyar esta conclusión. Las investigaciones, especialmente acerca de los marcadores genéticos de los virus y los factores del huésped, con el tiempo pueden acrecentar la exactitud de las predicciones, pero en el presente la falta de certidumbre es una realidad inescapable cuando se trata de la gripe. Una consecuencia cla-

ve de ello es la importancia de ser flexible para dar cabida a situaciones imprevistas y cambiantes. La capacidad de actuar frente a la incertidumbre y de adaptarse rápidamente a las nuevas circunstancias son rasgos distintivos de la práctica correcta de la salud pública y la gestión de emergencias.

12. La respuesta a la gripe pandémica por virus A (H1N1) 2009 fue el resultado de un decenio de planificación, centrada en gran medida en torno a la amenaza de una pandemia de gripe aviar por virus A (H5N1). Sin embargo, los virus H5N1 y H1N1 tienen características muy diferentes. La infección humana por virus H5N1 se acompaña de una mortalidad de alrededor del 60% de los casos confirmados; no obstante, solo se transmite a las personas de forma esporádica y es incluso menos frecuente que se transmita de una persona a otra. Cuando se piensa en una posible pandemia por virus H5N1 cabe suponer que habrá un gran número de defunciones porque se ha demostrado que el virus es sumamente letal. Como el virus H5N1 no se transmite fácilmente de persona a persona, la supresión de un brote mediante el uso de medicamentos antivíricos y de otras medidas se puede considerar factible. En el sitio web de la OMS se ha descrito la posibilidad de que la afección fuera grave si llegara a presentarse una pandemia, una expectativa comprensible en el contexto del virus H5N1. Pero la realidad fue muy diferente en el caso del virus H1N1. Como este virus causaba una afección que en la gran mayoría de los casos no requería hospitalización, se planteó la gran dificultad de saber cuál sería la gravedad de la pandemia y cómo caracterizarla. Como el virus H1N1 se propagó rápidamente por varios países en cuestión de días, la posibilidad de una contención rápida, principio fundamental de la planificación en la respuesta multifásica de la OMS, nunca llegó a ser factible.

13. Otra realidad que configuró la respuesta a la pandemia fue el carácter de la propia OMS. La Organización tiene un carácter y una misión dobles: ser la voz moral de la salud en el mundo y servir a sus Estados Miembros. En su carácter de autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional del sistema de las Naciones Unidas, la OMS ocupa una posición privilegiada para ser la defensora de la salud en tanto que derecho humano. Su liderazgo en materia de políticas y en el campo técnico puede ayudar a los países a hacer frente a una gama de preocupaciones en la esfera sanitaria. Al mismo tiempo, la OMS está al servicio de sus 193 Estados Miembros, que cada año se reúnen en la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, aprueban el presupuesto y los planes de la Organización y, por conducto del Consejo Ejecutivo, eligen al Director General cada cinco años. Las aspiraciones científicas y técnicas de la OMS en lo que respecta a la salud mundial están condicionadas constantemente por la multitud de puntos de vista, necesidades y preferencias de los Estados Miembros.

14. La capacidad interna de respuesta de la OMS a las emergencias sanitarias también está orientada a los eventos relativamente cortos y geográficamente focalizados, que son los que tiene que afrontar muchas veces al año. Por el contrario, la pandemia exigió una respuesta a escala mundial que debía durar uno o dos años. Antes de la pandemia, el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) había sido la única emergencia mundial en décadas recientes que había dado un anticipo a la OMS del tipo de exigencias que podría entrañar una pandemia. Sin embargo, el SRAS duró tan solo unos meses y solo afectó a unas dos docenas de países.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

15. El Comité de Examen ofrece tres conclusiones generales que sustentan las recomendaciones resultantes de su investigación del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y de la pandemia por virus de la gripe A (H1N1) 2009:

*Conclusión resumida 1*

16. El RSI ayudó a que el mundo estuviese mejor preparado para afrontar las emergencias de salud pública. Las capacidades básicas que prescribe el RSI aún no se despliegan plenamente y en este momento no parece que vayan a implantarse a tiempo en todo el mundo.

*Conclusión resumida 2*

17. La OMS tuvo en muchos aspectos un buen desempeño durante la pandemia, tuvo que hacer frente a dificultades sistémicas y presentó algunas deficiencias. El Comité no encontró indicios de ningún acto ilícito.

*Conclusión resumida 3*

18. El mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave de gripe o a cualquier emergencia de salud pública que represente una amenaza semejante de alcance global y sostenida. Más allá de la puesta en práctica de las capacidades básicas que prescribe el RSI, la preparación mundial puede mejorarse mediante la investigación, la utilización de un planteamiento multisectorial, el fortalecimiento de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, el desarrollo económico de los países de ingresos bajos y medianos, y el mejoramiento de la situación sanitaria.

19. A continuación se presenta un resumen de las conclusiones y razonamientos del Comité, así como las recomendaciones vinculadas con cada conclusión.

**Conclusión resumida 1**

20. *El RSI ayudó a que el mundo estuviese mejor preparado para afrontar las emergencias de salud pública. Las capacidades básicas que prescribe el RSI aún no se despliegan plenamente y en este momento no parece que vayan a implantarse a tiempo en todo el mundo.*

21. La preparación del RSI exigió más de diez años de deliberaciones complejas. Si bien no es perfecto, impulsó considerablemente la protección de la salud mundial. El Comité ha centrado sus recomendaciones en la manera de fortalecer la aplicación en curso del RSI. El Reglamento busca el equilibrio entre la soberanía de cada Estado Parte y el bien común de la comunidad internacional, e igualmente tiene en cuenta los intereses económicos y sociales, así como la protección de la salud. En sus recomendaciones, el Comité reconoce estas tensiones intrínsecas y se concentra en las medidas que pueden reforzar la meta común de lograr la seguridad sanitaria mundial.

22. El Comité elogia las siguientes disposiciones del RSI:

- El RSI obliga a la OMS a obtener el asesoramiento de expertos para declarar el inicio y el final de una emergencia de salud pública de importancia internacional.
- El RSI alienta vigorosamente a los países a que intercambien cooperación técnica y apoyo logístico para fortalecer la capacidad.
- El RSI alienta la implantación en los Estados Miembros de métodos sistemáticos para la vigilancia, los sistemas de alerta temprana y la respuesta.
- El RSI requirió que se establecieran Centros Nacionales de Enlace para el RSI con el fin de crear un canal de comunicación bidireccional entre la OMS y los Estados Miembros.

- El RSI llevó a varios países a fortalecer la vigilancia, la evaluación de riesgos, la capacidad de respuesta y los procedimientos de notificación de los riesgos para la salud pública.
- El RSI introdujo un instrumento de decisión (anexo 2) para la acción sanitaria que ha resultado más flexible y útil que la lista de enfermedades de notificación obligatoria que vino a remplazar.
- El RSI requiere que los países intercambien información pertinente acerca de los riesgos para la salud pública.
- De conformidad con el RSI, los Estados Partes que imponen medidas sanitarias adicionales que interfieren considerablemente en el tráfico y el comercio internacionales deben comunicárselas a la OMS y proporcionar el fundamento de salud pública y la información científica pertinente en que están basadas.

23. A pesar de estos rasgos positivos del RSI, muchos Estados Partes carecen de las capacidades básicas para detectar, evaluar y notificar posibles amenazas sanitarias ni tampoco dan indicios de poder cumplir sus obligaciones en materia de planes e infraestructura para 2012, el plazo especificado por el RSI. Si siguen por ese camino, estos países no podrán adquirir dichas capacidades y aplicar plenamente el RSI. De los 194 Estados Partes, 128 (66%) respondieron recientemente a un cuestionario de la OMS acerca de los progresos logrados. Tan solo el 58% de los que respondieron informaron haber elaborado planes nacionales para cumplir con el requisito de las capacidades básicas, y apenas un 10% indicaron que habían establecido plenamente las capacidades previstas por el RSI. Además, como se ha comprobado por estudios externos y un cuestionario de la OMS, en algunos países el Centro Nacional de Enlace para el RSI no tiene autoridad para comunicar oportunamente a la OMS la información relacionada con las emergencias de salud pública.

24. La deficiencia estructural más importante del RSI es que carece de sanciones que puedan aplicarse. Por ejemplo, si un país no explica por qué ha adoptado medidas más restrictivas del tráfico y el comercio que las recomendadas por la OMS, no hay consecuencias legales.

25. Para remediar algunos de estos problemas, el Comité formula las siguientes recomendaciones.

### **Recomendación 1**

26. **Acelerar la puesta en práctica de las capacidades básicas que pide el RSI.** La OMS y los Estados Partes deberían refinar y actualizar sus estrategias para cumplir los requisitos del RSI en cuanto al fortalecimiento de la capacidad, centrando primero la atención en los países que tendrán dificultades para cumplir el plazo de 2012 en lo que se refiere a las capacidades básicas. Una posible manera de apoyar y acelerar la aplicación sería que la OMS consiguiera que algunas organizaciones y entidades accedieran a ofrecer asistencia técnica para ayudar a los países interesados a evaluar sus necesidades y determinar la viabilidad comercial para las inversiones. Determinar dicha viabilidad para las inversiones en el fortalecimiento de capacidad relacionada con el RSI y la ulterior movilización de recursos aumentaría las probabilidades de que más Estados Partes puedan cumplir el RSI. Los países y las organizaciones donantes podrían utilizar el anexo 1A del RSI como lista de prioridades para el apoyo al desarrollo, y aprovechar también las oportunidades para compartir recursos especializados, tales como los laboratorios, entre distintos países. Asimismo, la OMS debería actualizar las orientaciones de 2007 sobre las funciones de los Centros Nacionales de Enlace, incorporando ejemplos de buenas prácticas que refuerzan el valor del RSI.

## Recomendación 2

27. **Mejorar el Sitio de Información sobre Eventos del RSI que tiene la OMS.** La OMS debería mejorar el Sitio con el fin de convertirlo en una fuente autorizada para la divulgación de información epidémica internacional fiable, actualizada y de fácil acceso. Los Estados Partes deben poder confiar en el Sitio como fuente primaria de información sobre la situación epidemiológica, la evaluación del riesgo, las medidas de respuesta y los fundamentos de estas. El Sitio también se podría utilizar para colgar las orientaciones de la OMS antes de hacerlas públicas. Otras formas de mejorar el Sitio son las siguientes:

- Utilizarlo para las orientaciones y los mensajes de los Centros Nacionales de Enlace.
- Lograr que los Estados Partes permitan a la OMS compartir más información.
- Incluir más eventos y ampliar la información sobre cada uno de ellos. Por ejemplo, cada evento podría tener mapas, evaluaciones del riesgo y recomendaciones más extensas, y enlaces a las orientaciones y los Centros Colaboradores de la OMS pertinentes.
- Publicar todas las recomendaciones temporales y permanentes hechas en virtud del RSI, así como información sobre los Estados Miembros que implanten medidas adicionales, los fundamentos de estas y la situación en que se encuentren las peticiones de la OMS con respecto a esos fundamentos.

## Recomendación 3

28. **Reforzar las decisiones en materia de viajes y comercio internacionales basadas en datos científicos.** Cuando los Estados Partes apliquen medidas sanitarias que supongan trabas significativas para el tráfico internacional y sean más restrictivas que las recomendadas por la OMS, el artículo 43 del RSI dispone que aquellos deberán informar a la Organización de dichas medidas. (Como se indica en el artículo 43, «en general, por trabas significativas se entiende impedir la entrada o la salida internacionales de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, etc., o retrasarlas por más de 24 horas».) En esas circunstancias, la OMS debería solicitar enérgicamente que se le proporcionen las razones de salud pública y la información científica pertinente, transmitir las a otros Estados Partes y, según corresponda, solicitar que se reconsidere la aplicación de las medidas, como lo estipula el artículo 43. La OMS debería examinar y evaluar la eficacia y las repercusiones de las medidas adoptadas con relación a las fronteras durante la pandemia, con miras a proporcionar orientaciones basadas en datos probatorios para futuros eventos.

## Recomendación 4

29. **Lograr que todos los Centros Nacionales de Enlace para el RSI tengan la autoridad y los recursos necesarios.** Los Estados Partes deberían velar por que los centros nacionales de enlace para el RSI que han designado cuenten con la autoridad, los recursos, los procedimientos, los conocimientos y la capacitación necesarios para comunicarse con todos los niveles del gobierno y en nombre del gobierno, según sea necesario.

## Conclusión resumida 2

30. *La OMS tuvo en muchos aspectos un buen desempeño durante la pandemia, tuvo que hacer frente a dificultades sistémicas y presentó algunas deficiencias. El Comité no encontró indicios de ningún acto ilícito.*

31. Como señalan los testimonios de los Estados Partes, la OMS tuvo un liderazgo bien acogido con respecto a la coordinación de la respuesta mundial a lo largo de la pandemia. La OMS ha reforzado en los últimos años sus funciones de obtención de información sobre las epidemias gracias al Sistema de Gestión de Eventos, al aumento de la capacidad de las oficinas regionales y a la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos.

32. El Comité elogia las medidas siguientes que adoptaron la OMS y otros asociados:

- La elaboración de orientaciones sobre la preparación y la respuesta ante la gripe para ayudar a fundamentar los planes nacionales. Cuando comenzó la pandemia había planes de preparación para ella en el 74% de los países.
- Las alianzas y la coordinación eficaces entre organismos (con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos), y en particular la estrecha cooperación con el sector de la sanidad animal (la Organización Mundial de Sanidad Animal y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) en cuestiones técnicas y de política.
- El despliegue rápido sobre el terreno y las orientaciones y asistencia tempranas a los países afectados.
- La detección, identificación, caracterización inicial y monitorización oportunas del virus (H1N1) 2009 pandémico a través de la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe.
- La selección del virus para la vacuna antipandémica y el desarrollo de los virus reagrupados para la primera vacuna experimental en un plazo de 32 días desde la declaración de la «emergencia de salud pública de importancia internacional».
- La disponibilidad de cepas vacunales de siembra y de reactivos de control en un plazo de pocas semanas.
- Las recomendaciones sobre los grupos destinatarios de la vacunación y las dosis de vacuna formuladas tempranamente por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) de la OMS en materia de inmunización.
- La recopilación, análisis y comunicación semanales de datos epidemiológicos, virológicos y de vigilancia clínica.
- El nombramiento rápido de un Comité de Emergencias formado por personas muy cualificadas, que se reunió a las 48 horas de la activación de las disposiciones del RSI.
- La distribución eficiente en 72 países de más de 3 millones de tratamientos antivíricos.
- El establecimiento de un mecanismo para ayudar a los países a efectuar un seguimiento de cómo desarrollan las capacidades básicas que estipula el RSI.

33. El Comité también tomó nota de las dificultades sistémicas a las que tuvo que hacer frente la OMS y de algunas deficiencias de la Organización:

- La inexistencia de una descripción sistemática, medible y comprensible de la gravedad de la pandemia. Aunque la definición de pandemia dependa exclusivamente de la extensión, la gravedad también influye en las opciones de política, las decisiones personales y el interés



del público. Es necesaria una evaluación adecuada de la gravedad a nivel nacional y subnacional. Esos datos fundamentarían el análisis de la situación mundial hecho por la OMS a medida que aquella va evolucionando, y permitiría a la Organización ofrecer información oportuna a los Estados Miembros. No obstante, el Comité reconoce que la caracterización de la gravedad es compleja y difícil de poner en práctica.

- La forma inadecuada de disipar la confusión sobre la definición de pandemia. Así, mientras que en un documento de la OMS disponible en línea se decía que las pandemias causan «una enorme mortalidad y morbilidad», la definición oficial de pandemia se basaba únicamente en la extensión. Cuando, sin aviso ni explicación, modificó algunos de sus documentos en línea para que fueran más congruentes con su definición de pandemia, la OMS no hizo más que fomentar las sospechas sobre un cambio subrepticio de la definición de pandemia, en vez de lograr que eso se viera como un intento de darle a esa definición mayor precisión y coherencia. La renuencia a reconocer su parte de responsabilidad en el malentendido en torno a la definición contribuyó a alimentar las sospechas sobre la Organización.
- La estructura innecesariamente compleja de las fases de la pandemia. La estructura multifásica contiene más fases que respuestas diferenciadas. Las fases que llevan a la pandemia son más útiles con fines de planificación que de gestión operativa.
- La petición de datos semanales resultó abrumadora para algunos países, especialmente los que tienen una escasa capacidad epidemiológica y de laboratorio. Los funcionarios de los países no siempre estaban convencidos de que los datos que presentaban estuvieran siendo analizados y utilizados, sobre todo a medida que la epidemia progresaba. Por ejemplo, algunos consideraron que el recuento continuo de casos proporcionó una información de menos utilidad que la que hubieran proporcionado las tasas de hospitalización, complicaciones y mortalidad en los países afectados en los inicios de la pandemia.
- La decisión de que la identidad de los miembros del Comité de Emergencias siguiera siendo confidencial. Aunque esa confidencialidad representó un intento comprensible de proteger a los miembros frente a presiones externas, tuvo el efecto paradójico de alimentar las sospechas de que la Organización tenía algo que ocultar. Aunque la decisión fue congruente con las prácticas de la OMS con respecto a otros comités de expertos, cuya identidad solo se suele divulgar al final de los procesos de consulta, generalmente de un solo día, esta práctica no fue adecuada en el caso de un Comité cuyas labores durarían muchos meses.
- La inexistencia de procedimientos suficientemente robustos, sistemáticos y abiertos para revelar, reconocer y gestionar los conflictos de intereses de los expertos que realizan funciones de asesoramiento. En particular, la OMS no gestionó oportunamente los potenciales conflictos de intereses de los miembros del Comité de Emergencias. Cinco miembros y un asesor de dicho Comité declararon posibles conflictos de intereses, ninguno de los cuales se consideró suficientemente importante para justificar su exclusión del Comité de Emergencias. Las relaciones en cuestión se hicieron públicas, junto con los nombres de los miembros del Comité de Emergencias, cuando se declaró el final de la pandemia, el 10 de agosto de 2010. No obstante, antes de que se publicara esta información, las presunciones sobre posibles vínculos entre los miembros del Comité de Emergencias y la industria llevaron a algunas personas a sospechar la existencia de irregularidades. El Comité de Examen reconoce que la OMS está tomando medidas para mejorar la gestión de los conflictos de intereses, algunas mientras avanzaba este examen.

- En un punto crítico en la toma de decisiones sobre la pandemia (el paso de la fase 4 a la 5) solo se consultó con una parte del Comité de Emergencias, y no con la totalidad de sus miembros.
- La decisión de reducir la comunicación activa con los medios de información tras la declaración de la fase 6 (por ejemplo, la suspensión de las conferencias de prensa regulares sobre la evolución de la pandemia) no fue acertada.
- La OMS puede haber contribuido involuntariamente a generar confusión y sospechas al no haber reconocido la legitimidad de algunas críticas, en particular sobre las incongruencias de las definiciones de pandemia, o al no haber revelado oportunamente relaciones que podrían suponer conflictos de intereses de algunos expertos que asesoraron sobre los planes y la respuesta a la pandemia.
- La respuesta carente del vigor necesario a las críticas que pusieron en cuestión la integridad de la Organización.
- Pese a que finalmente se distribuyeron 78 millones de dosis de vacuna contra la gripe pandémica en 77 países, numerosas dificultades sistémicas impidieron que las vacunas donadas se distribuyeran en el momento oportuno. Algunas de las principales dificultades fueron las variaciones de la disposición a donar, los problemas relacionados con la responsabilidad, las complejas negociaciones sobre los acuerdos jurídicos, la falta de procedimientos para eludir los requisitos reglamentarios nacionales y las escasas capacidades nacionales y locales para transportar, almacenar y administrar las vacunas. Algunos países receptores estimaron que la OMS no explicaba suficientemente que las disposiciones en materia de responsabilidad incluidas en el acuerdo con los receptores eran las mismas que las aceptadas por los países compradores. Todas estas dificultades asumieron proporciones enormes en el contexto de una pandemia; algunas podrían haberse reducido con una preparación más concertada y pactando por adelantado arreglos entre todas las partes interesadas.
- La falta de orientaciones oportunas en todos los idiomas oficiales de la OMS.
- La falta de prioridades y procedimientos generales y cohesivos para publicar orientaciones técnicas coherentes y oportunas permitió que múltiples unidades técnicas de la Organización generaran individualmente un número de documentos imposible de gestionar.

34. Los críticos afirman que la OMS exageró ampliamente la gravedad de la pandemia. Sin embargo, una crítica razonable solo puede basarse en lo que se sabía en un determinado momento, y no en lo que se supo con posterioridad. El Comité considera que los datos sobre los primeros brotes llevaron a muchos expertos, tanto de la OMS como ajenos a ella, a prever una pandemia potencialmente más grave de lo que en realidad fue. La gravedad de la pandemia fue muy incierta durante todo el verano de 2009, es decir, bastante después de que los países tuvieran que hacer, por ejemplo, sus encargos de vacunas. Un estudio observacional de 899 pacientes hospitalizados en México entre finales de marzo y el 1 de junio de 2009 reveló que el virus (H1N1) 2009 pandémico afectaba de forma desproporcionada a los jóvenes. Hubo 58 (el 6,5% de los hospitalizados) en estado crítico, con complicaciones como el síndrome de distrés respiratorio agudo grave o el choque. Entre estos casos en estado crítico, la tasa de mortalidad fue del 41% (1). Estas cifras eran alarmantes. Incluso la tasa de mortalidad tres veces menor de los casos críticos registrados en el Canadá ya era preocupante (2). En agosto de 2009, el consejo de asesores del Presidente de los Estados Unidos de América en materia de ciencia y tecnología publicó un informe en el que preveía entre 30 000 y 90 000 muertes por la pandemia de (H1N1) 2009, solo en los Estados Unidos (3). Los niveles medio y máximo de esta estimación resultaron ser cinco veces mayores que las estimaciones del número real de muertos realizadas después de

la pandemia (4). Aún así, el 87% de las muertes se produjeron en menores de 65 años, y el riesgo de muerte de los niños y de los adultos laboralmente activos fue, respectivamente, siete y 12 veces mayor que lo habitual en la gripe estacional (4).

35. Algunos comentaristas acusaron a la OMS de precipitarse en el anuncio de la fase 6 e insinuaron que el motivo sería enriquecer a los fabricantes de vacunas, con los que algunos acuerdos de compra por adelantado habrían sido desencadenados por la declaración de la fase 6. Lejos de acelerar la declaración de la fase 6, la OMS la retrasó hasta que fue innegable que se estaba produciendo una transmisión comunitaria sostenida en múltiples regiones del mundo. El Comité de Examen no ha podido determinar que ningún crítico de la OMS haya aportado prueba directa alguna de una influencia comercial en la toma de decisiones. En sus entrevistas con el personal y los miembros de comités asesores, en particular el SAGE y el Comité de Emergencias, y con los representantes de la industria, así como durante su examen de documentos internos y externos, el Comité de Examen no encontró ninguna prueba de que los intereses comerciales hubieran influido o intentado influir en el asesoramiento proporcionado a la OMS ni en las decisiones adoptadas por la Organización. En opinión del Comité, la inferencia hecha por algunos críticos de que hubo influencias comerciales en las acciones de la OMS ignora el poder del espíritu básico que anima a la salud pública: prevenir las enfermedades y salvar vidas.

36. El Comité de Examen hace las recomendaciones siguientes:

### **Recomendación 5**

37. **Fortalecer la capacidad interna de la OMS para dar una respuesta sostenida.** La OMS debería reforzar su capacidad interna para responder a las «emergencias de salud pública de importancia internacional», tales como las pandemias, identificando para ello las aptitudes, recursos y arreglos internos que sean necesarios para respaldar una respuesta que dure más de algunos meses. Entre los arreglos internos que la OMS debería reforzar se encuentran:

- La identificación de las competencias, recursos y ajustes que necesita la Organización para llevar a cabo sus funciones de coordinación y apoyo mundiales.
- El establecimiento de un equipo interno y multidisciplinario de personal capacitado que sea liberado automáticamente de sus tareas habituales durante un tiempo indeterminado, y que se vaya relevando de forma rotatoria al cabo de un tiempo determinado.
- Una capacidad permanente (las 24 horas del día, todos los días de la semana) para atender las necesidades personales en materia de alojamiento, comidas, transporte y cuidado de los hijos que tengan los funcionarios de la OMS que participen en una respuesta sostenida a una emergencia.
- El establecimiento de una estructura de gestión de eventos que pueda mantenerse durante la totalidad de una futura pandemia o de otra emergencia de salud pública mundial prolongada.

### **Recomendación 6**

38. **Mejorar las prácticas de nombramiento de un Comité de Emergencias.** Para nombrar y gestionar un Comité de Emergencias, la OMS debería adoptar políticas, normas y procedimientos que aseguren que el comité posee una gama apropiada de conocimientos técnicos y que incluyan los procesos consultivos y la transparencia con respecto a la inexistencia de conflictos de intereses.

- Como estipula el artículo 48 del RSI, la OMS debe nombrar un Comité de Emergencias que disponga de la representación geográfica y de la gama de conocimientos técnicos apropiados para cada evento. El Comité de Examen también concluyó que un espectro más amplio de conocimientos especializados entre los miembros del Comité de Emergencias podría haber sido útil, en particular en lo tocante a la comunicación de los riesgos. El Comité de Examen reconoció que la OMS debe nombrar a un Comité de Emergencias dotado de una serie de aptitudes y conocimientos técnicos que sean apropiados y específicos para cada evento para el que se haya constituido. Para una pandemia de gripe, esos conocimientos técnicos abarcarían la virología, los exámenes de laboratorio, la epidemiología, la experiencia sobre el terreno y el liderazgo en materia de salud pública, la veterinaria, la evaluación y comunicación de los riesgos y las competencias metodológicas en materia de revisiones sistemáticas de la bibliografía científica.
- Para garantizar que estén representados todos los puntos de vista, la OMS debería invitar a todos los miembros del Comité de Emergencias a participar en todas sus deliberaciones más importantes.
- La OMS debería aclarar sus normas y adoptar procedimientos más transparentes de nombramiento de los miembros de los comités de expertos, tales como el Comité de Emergencias, con respecto a los posibles conflictos de intereses. La identidad, los conocimientos pertinentes, la experiencia y las relaciones de los miembros del Comité de Emergencias deberían darse a conocer cuando se haga la propuesta de su nombramiento, dándole al público la oportunidad de hacer observaciones durante un periodo inicial de prueba que se aplicaría a todos los miembros. La OMS debería tener normas claras para determinar cuándo hay un conflicto de intereses que justifique la descalificación de una persona, y disponer de procedimientos claros para determinar cuándo y sobre qué base se pueden admitir excepciones con el fin de obtener los conocimientos técnicos o el equilibrio necesarios. El Comité de Examen reconoce la necesidad de que las consultas con los expertos sean confidenciales, de modo que el Director General se beneficie de un debate y asesoramiento francos. El hecho de que sean deseables consultas confidenciales aumenta la necesidad de transparencia de las normas de nombramiento.
- Como parte de un planteamiento más activo y riguroso de la gestión de los conflictos de intereses, la OMS debe nombrar un funcionario encargado de las cuestiones éticas.

## **Recomendación 7**

39. **Revisar las orientaciones sobre la preparación para una pandemia.** La OMS debería revisar sus orientaciones sobre la preparación para una pandemia con el fin de: simplificar la división en fases (una posibilidad sería que solo hubiera tres fases: basal, de alerta y pandémica); hacer hincapié en un planteamiento basado en el riesgo para posibilitar una respuesta más flexible ante diferentes escenarios; recurrir a la participación multisectorial; aprovechar las enseñanzas extraídas a escala nacional, regional y mundial; e incluir más orientaciones sobre la evaluación de los riesgos.

## **Recomendación 8**

40. **Elaborar y aplicar medidas para evaluar la gravedad.** La OMS debería elaborar y aplicar medidas que se puedan utilizar para evaluar la gravedad de cualquier epidemia de gripe. Aplicando, evaluando y perfeccionando instrumentos para medir la gravedad año tras año, la OMS y los Estados Miembros podrán prepararse mejor para evaluar la gravedad de la siguiente pandemia. La evaluación de la gravedad no requiere que se modifique la definición de pandemia para que dependa de otros fac-

tores que no sean la extensión. Sin embargo, aunque no sea parte de la definición de pandemia, la gravedad constatada y prevista es un componente clave en la toma de decisiones ante una pandemia.

41. El Comité reconoce que la estimación de la gravedad es especialmente difícil en la fase inicial de un brote, que habitualmente varía en función del lugar y a lo largo del tiempo, y que la gravedad tiene múltiples dimensiones (mortalidad, hospitalizaciones y morbilidad, todas ellas variables en función de la edad y de otras características, tales como el estado de salud previo y el acceso a la atención sanitaria; la carga para el sistema de salud, y factores sociales y económicos). Los términos descriptivos utilizados para caracterizar la gravedad, tales como leve, moderada o intensa, deben definirse de forma cuantitativa en las futuras orientaciones de la OMS, de modo que puedan ser utilizadas coherentemente por diferentes observadores y en diferentes entornos. El Comité insta a que se tengan en cuenta medidas adaptativas que permitan pasar lo más rápidamente posible de los recuentos iniciales de casos, hospitalizaciones y muertes a tasas basadas en la población. La gravedad debería evaluarse lo antes posible en el curso de una pandemia, y reevaluarse continuamente a medida que la pandemia vaya evolucionando y se obtenga nueva información. La gravedad debería evaluarse con una serie de indicadores en un conjunto mínimo de datos acordado de antemano (por ejemplo, tasas de hospitalización, datos sobre la mortalidad, identificación de poblaciones vulnerables y evaluación del impacto en los sistemas de salud). Las estimaciones de la gravedad deben acompañarse de una expresión de la confianza o la incertidumbre.

## **Recomendación 9**

42. **Agilizar la gestión de los documentos de orientación.** La OMS necesita una estrategia y un sistema de gestión de documentos que le permita elaborar, aprobar, traducir y difundir orientaciones y otros documentos técnicos de forma puntual y sistemática durante las emergencias de salud pública. Las orientaciones provisionales deberían revisarse a medida que se disponga de nuevos datos. Cuando las orientaciones tengan posibles repercusiones en las políticas, la OMS debería hacer todos los esfuerzos posibles por efectuar consultas con los Estados Miembros y darles aviso anticipado de las publicaciones inminentes. La OMS debería desarrollar la capacidad de asegurar la coherencia de las directrices en toda la Organización, reconociendo que las condiciones reinantes en las diferentes regiones y países pueden variar.

## **Recomendación 10**

43. **Formular y aplicar una política de comunicación estratégica para toda la Organización.** La OMS debería formular una política de comunicación para toda la Organización y un planteamiento estratégico para mejorar la comunicación en general, y sobre las emergencias en particular. Un planteamiento estratégico implica adaptar el contenido, la forma y el estilo de los mensajes a medios, horarios y periodicidades que permitan llegar a la audiencia pretendida y sirvan al propósito deseado. La OMS debería estar preparada para mantener una proyección activa y a largo plazo de sus comunicaciones cuando las circunstancias lo exijan, para reconocer los errores y para responder de forma profesional y vigorosa a las críticas injustificadas. Deberían esclarecerse los procedimientos para la publicación en internet, de modo que se puedan archivar los cambios en las páginas web y efectuar un seguimiento histórico de esos cambios. La OMS debería invertir en una presencia sólida en los medios sociales para lograr una comunicación rápida con una audiencia más amplia y diversificada.

## **Recomendación 11**

44. **Fomentar acuerdos por adelantado en materia de distribución y entrega de vacunas.** De forma concertada con los Estados Miembros y aprovechando los sistemas existentes de distribución de vacunas, la OMS debería fomentar acuerdos por adelantado con y entre los organismos y autoridades pertinentes de los Estados Miembros, los fabricantes de vacunas y demás partes interesadas pertinentes

para facilitar la aprobación y entrega de vacunas antipandémicas a los países con escasos recursos, con miras a aumentar la equidad del suministro y a respaldar la planificación anticipada de la administración de vacunas.

### Conclusión resumida 3

45. *El mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave de gripe o a cualquier emergencia de salud pública que represente una amenaza semejante de alcance global y sostenida. Más allá de la puesta en práctica de las capacidades básicas que prescribe el RSI, la preparación mundial puede mejorarse mediante la investigación, la utilización de un enfoque multisectorial, el fortalecimiento de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, el desarrollo económico de los países de ingresos bajos y medianos, y el mejoramiento de la situación sanitaria.*

46. Pese al avance que ha supuesto el RSI y al éxito que ha tenido la OMS a la hora de movilizar aportaciones de la comunidad mundial, la realidad inevitable es que en caso de pandemia grave habría decenas de millones de personas en riesgo de perder la vida. Hay que salvar este desfase fundamental entre las necesidades y las capacidades mundiales.

47. Además de aplicar las medidas concretas recomendadas más arriba para completar la aplicación del RSI y mejorar las funciones de la OMS, el mundo podría prepararse mejor para la próxima emergencia de salud pública si por parte de los Estados Miembros hubiera un mayor compromiso de actuación, tanto individual como colectiva en el marco de la OMS.

48. El Comité de Examen hace las recomendaciones siguientes:

### Recomendación 12

49. **Establecer un cuerpo de reserva mundial más amplio de expertos en salud pública.** De forma concertada con la OMS, los Estados Miembros deberían establecer un cuerpo de reserva más amplio de profesionales de la salud pública y de expertos en este campo que puedan ser movilizados para actuar en una respuesta sostenida a una emergencia sanitaria internacional y puedan ser enviados a prestar sus servicios en países que soliciten esa asistencia. El tamaño, la composición y la regulación de la activación y el despliegue de esa entidad (el Cuerpo Mundial para Emergencias Sanitarias) deberían establecerse mediante un proceso consultivo y un acuerdo mutuo entre los Estados Miembros y la OMS. El número de expertos desplegados y sus conocimientos técnicos específicos dependerán de las características de la emergencia a la que tengan que responder. Ese cuerpo ampliaría significativamente la actual Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, fortaleciendo su composición, recursos y capacidad con miras a prestar un mejor apoyo a las respuestas prolongadas a emergencias de salud pública.

50. En la actualidad, la capacidad de la OMS para preparar y responder de forma prolongada a cualquier emergencia de salud pública se ve muy limitada por el déficit financiero crónico, agravado por las restricciones al uso de fondos de los Estados Miembros, los asociados y otros donantes. Consciente de las preocupaciones sobre la eficiencia y la rendición de cuentas que motivaron algunas de las restricciones, el Comité concluye que el establecimiento de un fondo para contingencias fuera de la OMS, pero a disposición de la Organización en caso de emergencia de salud pública, sería una medida prudente para garantizar una respuesta mundial inmediata y eficaz.

### Recomendación 13

51. **Crear un fondo para contingencias relacionadas con emergencias de salud pública.** Los Estados Miembros deberían establecer un fondo para emergencias de salud pública de al menos US\$ 100 millones, que quedaría en fideicomiso en una ubicación y una forma que sean fácilmente accesibles para la OMS. El fondo, que serviría para apoyar un aumento súbito de las demandas, y no para la compra de materiales, sería liberado en parte o en su totalidad en caso de declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional, sujeto a la aprobación de un plan de gastos y de rendición de cuentas presentado por la OMS. Las condiciones precisas de la utilización del fondo deberían negociarse entre los Estados Miembros, en consulta con la OMS.

\*\*\*\*\*

52. El Comité de Examen elogia los esfuerzos de los Estados Miembros por lograr un acuerdo sobre el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y a otros beneficios, y cree que el éxito dependerá de las expectativas mutuas de beneficios y aportaciones proporcionales y equilibrados por parte de todos los interlocutores. Un acuerdo que sea unilateral o espere aportaciones sin beneficios, o viceversa, no será aceptable ni sostenible. El Comité de Examen cree también que las obligaciones y los beneficios no vinculados a un marco legal no tienen perspectivas de perdurar.

### Recomendación 14

53. **Llegar a un acuerdo sobre el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y a otros beneficios.** El Comité de Examen insta a los Estados Miembros y a la OMS a que concluyan las negociaciones del grupo de trabajo de composición abierta de Estados Miembros sobre preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios. La culminación satisfactoria de esas negociaciones permitirá una mayor disponibilidad de las vacunas y otros beneficios, y una mayor equidad de cara a la epidemia, así como el intercambio continuo y oportuno de virus gripales.

54. El Comité de Examen ofrece los siguientes elementos para su consideración como parte de un acuerdo aceptable.

55. Medidas para ampliar la capacidad mundial de producción de vacunas antigripales:

- La OMS debe continuar la práctica de colaborar con los laboratorios de salud pública con el fin de que las cepas vacunales de siembra estén ampliamente disponibles para todos los fabricantes de vacunas.
- Sin perjuicio de las prioridades, la evaluación de riesgos y los recursos en el plano nacional, el Comité de Examen insta a los países a que inmunicen anualmente contra la gripe estacional a sus poblaciones de alto riesgo. Esto puede disminuir la carga de morbilidad. Además puede aumentar la experiencia local en materia de producción, distribución y administración, y fomentar la capacidad mundial de producción de vacunas. En un sentido más general, la experiencia adquirida con los programas integrales durante la época de gripe estacional (en ámbitos como la vigilancia, la comunicación, la educación profesional y del público, las medidas de protección de la salud y las preparaciones farmacéuticas) ofrece una preparación valiosa para hacer frente a una pandemia de gran envergadura.
- El Comité insta a los países a que fortalezcan su capacidad para recibir, almacenar, distribuir y aplicar las vacunas. Estos procesos se simplificarán mediante la aplicación de los adelan-

tos tecnológicos que permiten disminuir la dependencia de la cadena de frío y, por lo demás, simplificar la administración.

- El Comité insta a los Estados Miembros, las organizaciones internacionales y la industria a que, por conducto de programas establecidos como el Plan de Acción Mundial de la OMS para aumentar el suministro de vacunas contra la gripe pandémica, apoyen la transferencia de tecnología para la producción de vacunas y adyuvantes en las partes del mundo que, como África, carecen actualmente de esta capacidad.

56. Medidas para aumentar el acceso, la asequibilidad y el despliegue de la vacuna antipandémica:

- Todos los fabricantes de vacunas deberían comprometerse a destinar un 10% de cada ciclo de producción de la vacuna contra la gripe pandémica a un fondo común mundial para su redistribución. La OMS debería encargarse de gestionar las asignaciones de este fondo común apoyándose en el asesoramiento de un comité consultivo.
- El acceso a vacunas y medicamentos antivíricos se puede aumentar mediante contratos por adelantado entre la industria, la OMS y los países. Esos contratos deberían negociarse sin tener en cuenta el subtipo vírico, firmarse por un periodo determinado (por ejemplo, entre tres y cinco años) y examinarse y renovarse regularmente.
- Otras medidas que pueden promover un acceso mayor y más equitativo a las vacunas son la fijación de precios diferenciales, la ayuda económica directa a los países de pocos recursos y las donaciones adicionales de vacunas por los países compradores o los fabricantes.
- Los países que reciben donaciones de vacunas deben observar las mismas prácticas de exonerar a los fabricantes de ciertas responsabilidades legales, como lo hace cualquier comprador de vacunas.

57. Medidas para detectar e identificar rápidamente virus gripales con el potencial de causar una pandemia:

- Todos los Estados Miembros se deben comprometer a compartir rápidamente con los laboratorios colaboradores de la OMS, de acuerdo con los principios que rijan el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios, toda muestra biológica y cepa vírica aislada que pueda estar relacionada con un virus gripal nuevo o emergente en poblaciones humanas. Los virus aislados de los animales deben enviarse de inmediato a través del sistema apropiado de sanidad animal. El intercambio de muestras y aislados víricos debe ir acompañada de arreglos para compartir los beneficios, incluido el acceso a las vacunas.

\*\*\*\*\*

58. La capacidad mundial para prevenir y limitar una pandemia grave se ve constreñida por muchos factores: la dependencia predominante de una tecnología de producción de vacunas que ha cambiado poco en 60 años; la necesidad de equiparar la vacuna con cepas víricas específicas; la incapacidad de pronosticar qué virus gripales serán peligrosos para la salud humana; la incertidumbre con respecto a la eficacia de muchas medidas de carácter medicamentoso o de salud pública; la carencia de pruebas diagnósticas sobre el terreno que sean rápidas, asequibles, muy sensibles y específicas; y las limitaciones en materia de infraestructura, recursos y capacidad en muchos países. También hace falta mejorar el conocimiento y las estrategias prácticas para aplicar medidas de protección tanto de salud pública como personales, como el lavado de manos, las precauciones al toser y estornudar, el aislamiento y el distanciamiento social.



59. Algunas de esas limitaciones podrán reducirse con el tiempo mediante las investigaciones nacionales e internacionales. Además, los resultados de las investigaciones en torno a las medidas de protección personales y de salud pública pueden aplicarse a cualquier amenaza emergente de salud pública, especialmente cuando los medicamentos o vacunas escasean o no existen. En vista de que la evaluación de las medidas de salud pública tiene que hacerse por lo común en pleno brote epidémico, es imprescindible idear y preparar con antelación los protocolos y planes de investigación. Al margen de los adelantos de la investigación, la capacidad de resistencia del mundo depende de factores del huésped y ambientales, de manera que el mejoramiento de la situación sanitaria, la promoción del desarrollo económico y el fortalecimiento de los sistemas de salud pueden mitigar las consecuencias de un futuro virus pandémico.

### **Recomendación 15**

60. **Emprender un programa integral de investigación y evaluación en torno a la gripe.** Los Estados Miembros, tanto de manera individual como cooperando entre sí, y la OMS deben emprender un programa integral de investigación y evaluación en torno a la gripe. Este debe basarse en una revisión exhaustiva de los datos probatorios obtenidos en todos los campos de la pandemia de gripe por virus (H1N1) 2009. Los objetivos fundamentales de la investigación serían: fortalecer la tecnología de vigilancia y la capacidad epidemiológica y de laboratorio para mejorar la detección, caracterización y monitoreo de virus nuevos; reconocer los determinantes de la transmisibilidad y la virulencia que dependen del virus y los que dependen del huésped; obtener pruebas diagnósticas rápidas, exactas y baratas que puedan realizarse en el lugar donde se presta la atención; aumentar la exactitud y oportunidad de las previsiones basadas en modelos; crear vacunas de espectro más amplio, muy eficaces, seguras y de efecto más duradero; acelerar la producción de vacunas y aumentar el rendimiento; idear medicamentos antivíricos y antibióticos más eficaces para tratar las complicaciones bacterianas; evaluar la eficacia de las intervenciones mediante medicamentos, vacunas, equipo de protección personal, higiene personal e intervenciones sociales, y valorar la eficacia y los costos de las medidas adoptadas en relación con las fronteras y mejorar la comunicación de los riesgos. Gran parte de esta labor de investigación y evaluación puede y debe llevarse a cabo en ausencia de una pandemia. Sin embargo, algunos estudios sólo pueden realizarse durante un evento a escala mundial como una pandemia. En esos casos es esencial elaborar protocolos y determinar la financiación de antemano para que la investigación pueda comenzar sin demora.

61. El Comité de Examen encomienda con todo respeto estas 15 recomendaciones a la Organización Mundial de la Salud, la Asamblea Mundial de la Salud y sus Estados miembros, y a toda la comunidad mundial. En la Tabla 4.1 se presentan las recomendaciones de acuerdo con el principal responsable de cada una de ellas (la OMS o los Estados miembros) y el calendario de aplicación (en el plazo de un año, de dos años o de más de dos años). El Comité considera que las 15 recomendaciones merecen ser aplicadas sin demora.

**Cuadro 4.1** Responsabilidad principales de la ejecución de las recomendaciones y plazos para ello

	<b>Corto plazo (en 1 año)</b>	<b>Medio plazo (en 2 años)</b>	<b>Largo plazo (más de 2 años)</b>
<b>OMS</b>	<p><b>Mejorar el Sitio de Información sobre Eventos del RSI que tiene la OMS</b> (Recomendación 2)</p> <p><b>Fortalecer la capacidad interna de la OMS para dar una respuesta sostenida</b> (Recomendación 5)</p> <p><b>Mejorar las prácticas de nombramiento de un Comité de Emergencias</b> (Recomendación 6)</p> <p><b>Agilizar la gestión de los documentos de orientación</b> (Recomendación 9)</p> <p><b>Formular y aplicar una política de comunicación estratégica para toda la organización</b> (Recomendación 10)</p>	<p><b>Revisar las orientaciones sobre la preparación para una pandemia</b> (Recomendación 7)</p> <p><b>Elaborar y aplicar medidas para evaluar la gravedad</b> (Recomendación 8)</p>	<p><b>Reforzar las decisiones en materia de tráfico y comercio basadas en datos científicos</b> (Recomendación 3)</p>
<b>Países</b>	<p><b>Alcanzar un acuerdo sobre el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y otros beneficios</b> (Recomendación 14)</p>	<p><b>Lograr que todos los centros nacionales de enlace para el RSI tengan la autoridad y los recursos necesarios</b> (Recomendación 4)</p>	<p><b>Acelerar la puesta en práctica de las capacidades básicas que pide el RSI</b> (Recomendación 1)</p>
<b>Conjunta</b>		<p><b>Fomentar los acuerdos por adelantado sobre la distribución y entrega de vacunas</b> (Recomendación 11)</p> <p><b>Establecer un cuerpo de reserva mundial más amplio de expertos en salud pública</b> (Recomendación 12)</p> <p><b>Crear un fondo para contingencias relacionadas con emergencias de salud pública</b> (Recomendación 13)</p>	<p><b>Emprender un programa integral de investigación y evaluación en torno a la gripe</b> (Recomendación 15)</p>

62. A pesar de todo lo que se hizo durante la pandemia, el virus que la causó fue el determinante principal de las consecuencias. Frente a una pandemia de gripe virulenta, o frente a cualquier emergencia semejante de salud pública de alcance mundial, sostenida y amenazante, el mundo sigue estando en riesgo de padecer trastornos, sufrimientos y pérdida de vidas a gran escala. El Comité espera que estas recomendaciones ayuden a la OMS y los Estados Miembros a prepararse mejor para evitar, mitigar y hacer frente a las futuras amenazas para la salud.

## Referencias

1. Domínguez-Cherit G et al. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) in Mexico. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1880–1887.doi:10.1001/jama.2009.1536 PMID:19822626
2. Kumar A et al. Canadian Critical Care Trials Group H1N1 Collaborative. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) infection in Canada. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1872–1879.doi:10.1001/jama.2009.1496 PMID:19822627
3. President's Council of Advisors on Science and Technology. Report to the President on US preparations for the 2009–H1N1 influenza. 2009 Aug 7.
4. Shrestha SS et al. Estimating the burden of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009–April 2010). *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52 Suppl 1;S75–S82.doi:10.1093/cid/ciq012 PMID:21342903

## **Miembros del Comité de Examen**

Dr. Preben Aavitsland, Director de Departamento/Epidemiólogo del Estado, Departamento de Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas, Instituto de Salud Pública, Oslo (Noruega)

Profesor Tjandra Y. Aditama, Director General de Control de Enfermedades y Salud Ambiental, Ministerio de Salud, Yakarta (Indonesia)

Dra. Silvia Bino, Profesora Asociada de Enfermedades Infecciosas, Jefa del Departamento de Control de Enfermedades Infecciosas, Instituto de Salud Pública, Tirana (Albania)

Dr. Eduardo Hage Carmo, Epidemiólogo, Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS), Proyecto de Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía y consultor de la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud (Brasil)

Dr. Martin Cetron, Director, División de Migración Mundial y Cuarentena, Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Zoonóticas, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, Georgia (Estados Unidos de América)

Dr. Omar El Menzhi, Director, Dirección de Epidemiología y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud, Rabat (Marruecos)

Dr. Yuri Fedorov, Director Adjunto, Centro Federal para el Control de la Peste, Servicio Federal de Vigilancia de la Protección de los Derechos del Consumidor y del Bienestar Humano, Moscú (Federación de Rusia)

Dr. Harvey V. Fineberg, Presidente, Instituto de Medicina, Washington, D.C. (Estados Unidos de América)

Sr. Andrew Forsyth, Jefe de Equipo, Legislación y Políticas de Salud Pública, Oficina del Director de Salud Pública, Ministerio de Salud, Wellington (Nueva Zelanda)

Dra. Claudia González, Socia-Directora, Epi-Sur Consultores, y Profesora del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud Pública, Universidad del Desarrollo, Santiago (Chile)

Dr. Mohammad Mehdi Gouya, Director General, Centro para el Control de Enfermedades, Ministerio de Salud y Educación Médica, Teherán (República Islámica del Irán)

Dr. Amr Mohamed Kandeel, Jefe del Sector de Enfermedades Prevenibles y Endémicas, Primera Subsecretaría, Ministerio de Salud y Población (Egipto)

Dra. Arlene King, Directora de Sanidad, Ministerio de Salud y Atención Crónica de Ontario, Toronto, Ontario (Canadá)

Profesor Abdulsalami Nasidi, Ex Director, Salud Pública, Ministerio de Salud Federal, Abuja (Nigeria)

Profesor Paul Odehouri-Koudou, Director, Instituto Nacional de Higiene Pública, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Dr. Nobuhiko Okabe, Director del Centro de Vigilancia de las Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, Tokio (Japón)

Profesor Dr. Mahmudur Rahman, Director del Instituto de Epidemiología, Centro de Control e Investigación de Enfermedades y Centro Nacional de Gripe, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Dha-ka (Bangladesh)

Dr. Palliri Ravindran, Director, Socorro Médico en Emergencias, Dirección General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Nueva Delhi (India)

Profesor José Ignacio Santos, Profesor y Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, Departamento de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. (México)

Sra. Palanitina Tuipumatagi-Toelupe, Directora General de Salud y Directora Ejecutiva del Ministerio de Salud (Samoa)

Profesora Patricia Ann Troop, Independiente, Ex Directora Ejecutiva, Agencia de Protección de la Salud, Londres (Reino Unido)

Dr. Kumnuan Ungchusak, Experto en Medicina Preventiva, Oficina de Epidemiología, Departamento de Control de Enfermedades, Ministerio de Salud Pública, Bangkok (Tailandia)

Profesora Kuku Voyi, Profesora y Jefa de Departamento, Escuela de Sistemas de Salud y Salud Pública, Universidad de Pretoria, Pretoria (Sudáfrica)

Profesor Yu Wang, Director General del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, Beijing (China)

Dr. Sam Zaramba, Cirujano Consultor, Ex Director General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Kampala (Uganda)

## I. PREPARACIÓN PARA UNA EMERGENCIA MUNDIAL DE SALUD PÚBLICA

### *Resumen*

En este capítulo se presenta la información general relacionada con las evaluaciones que hizo el Comité de Examen sobre el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y la respuesta mundial a la pandemia de gripe por virus A (H1N1) 2009.

Tras una explicación de los principios fundamentales, o etos, de la salud pública, se examina la amenaza que suponen algunas enfermedades infecciosas fundamentales, y en particular las pandemias anteriores. El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y el plan mundial de preparación y respuesta de la Organización Mundial de la Salud ante una pandemia de gripe se basaron en el etos de la salud pública y en la experiencia y las enseñanzas adquiridas durante la gestión de emergencias sanitarias complejas. Asimismo, se presenta una crónica de la elaboración y posterior revisión de estos dos documentos básicos. Por último, se examina el plan de preparación y respuesta ante la gripe con respecto a los eventos y a la vigilancia, la evaluación sistemática y la gestión de las potenciales amenazas para la salud mundial, así como el papel de los equipos multidisciplinarios internacionales de respuesta en la prestación de ayuda a los países para investigar y controlar las emergencias de salud pública. En el apéndice III figura una breve descripción de algunas de las funciones esenciales del RSI.

### A. El etos de la salud pública

1. El carácter y la misión de la OMS tienen una doble vertiente: por una parte como voz moral de la salud en el mundo, y por otra como servidora de sus Estados Miembros. Como autoridad rectora y coordinadora en materia de salud internacional dentro del sistema de las Naciones Unidas, la OMS está bien situada para defender la salud como derecho humano. Su liderazgo técnico puede ayudar a los países a hacer frente a una serie de problemas de salud pública. Al mismo tiempo, las aspiraciones de la OMS con respecto a la salud mundial están condicionadas por la multiplicidad de puntos de vista, necesidades y preferencias de sus Estados Miembros.
2. La salud pública se ocupa de la salud de la población. Su objetivo central es mantener la salud de la población, prevenir la enfermedad y evitar la muerte. Los planteamientos preventivos pueden adoptar diversas formas, tales como las intervenciones médicas (las vacunas, por ejemplo), la modificación de los comportamientos, las soluciones técnicas para evitar exposiciones nocivas o las iniciativas políticas y legislativas.
3. Las decisiones juiciosas para proteger la salud y prevenir la enfermedad dependen de los conocimientos científicos sobre la naturaleza y las causas de la enfermedad y de la adecuada recopilación e interpretación de datos sobre los orígenes de la enfermedad y la multiplicidad de formas de prevenirla, mitigarla y responder a su manifestación. Algunos problemas de salud pública, tales como los modos de vida insalubres, pueden desarrollarse a lo largo de decenios. Otros, como las emergencias que ponen en peligro súbitamente la salud de una población, pueden necesitar una respuesta rápida, compleja y coordinada en muchos entornos al mismo tiempo. Dada la posibilidad de que se produzcan amenazas sanitarias súbitas, intensas y complejas, la planificación previa para las emergencias es una parte fundamental de la preparación en el ámbito de la salud pública.
4. Sin embargo, en la práctica, la toma de decisiones en una emergencia de salud pública suele basarse en informaciones incompletas, con la consiguiente incertidumbre con respecto tanto a la amenaza como a la probabilidad de que las medidas adoptadas sean eficaces. Habitualmente los planes

deben adaptarse a las circunstancias reales del evento. Además de las limitaciones impuestas por la escasez de recursos, puede haber demandas contrapuestas dentro del sistema de salud y entre este y otros sectores. En una emergencia de salud pública, las instancias decisorias suelen tener que enfrentarse al examen político y a la presión del público y de los medios de comunicación. La esencia de la gestión de las crisis es la capacidad para tomar medidas fundamentadas pese a la incertidumbre dictada por la rapidez de los acontecimientos.

## **B. La amenaza continua de las enfermedades infecciosas**

5. El proceso que, a lo largo de un decenio, llevó a la revisión de 2005 del RSI fue desencadenado por una revaloración de la amenaza que suponen las enfermedades infecciosas. Con una frecuencia cada vez mayor, han ido apareciendo enfermedades antes desconocidas, y otras ya establecidas se han afianzado gracias a su propagación mundial y a la adquisición de resistencia a los antimicrobianos. Para describir las enfermedades infecciosas nuevas con características clínicas propias y las ya conocidas cuya incidencia ha aumentado en determinados lugares o poblaciones, se han acuñado los términos «emergente» y «reemergente», respectivamente (1).

6. La experiencia adquirida en la lucha contra los brotes causados por patógenos emergentes ha reforzado la importancia de la detección precoz, la verificación, la evaluación del riesgo, la prevención, la mitigación y el control durante las emergencias mundiales de salud pública. Un ejemplo notable es el del brote de 1995 de fiebre hemorrágica del Ebola, causada por un virus muy letal. Los casos surgieron como de la nada en la República Democrática del Congo (antiguo Zaire). De hecho, se venía produciendo una transmisión no reconocida de persona a persona desde hacía varias semanas (2). El virus, de origen presuntamente zoonótico, se propagó por el contacto directo con sangre y otros líquidos y tejidos corporales infectados; una característica destacada de este brote fueron las infecciones adquiridas en los hospitales (2). Expertos de varios países y organizaciones prestaron asistencia in situ para ayudar a controlar el brote de unos 300 casos. A raíz de ese brote, la OMS lanzó varias iniciativas para mejorar la preparación y la respuesta ante emergencias mundiales: se elaboró un plan para escudriñar los medios de comunicación electrónicos y detectar precozmente indicios o rumores de brotes de enfermedad; se creó una red de comunicación electrónica con 141 oficinas de la OMS en los países; se formó una red virtual internacional de investigación y respuesta rápida, y se crearon redes de laboratorios y expertos técnicos interconectados por vía electrónica (3).

7. La aparición de dos nuevas infecciones humanas - la gripe aviar por virus A (H5N1) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) - tuvo profundos efectos en la comunidad sanitaria internacional. La respuesta a estos eventos de salud pública mundiales contribuyó a acelerar la revisión del RSI y a planificar la preparación para una futura pandemia.

8. El primer brote humano de gripe aviar A (H5N1) se detectó en 1997 en la Región Administrativa Especial de Hong Kong (China). Mediante investigaciones intensivas se identificaron 18 casos, seis de ellos mortales (4). Este fue la primera ocasión reconocida en la que un virus gripal aviar hiperpatógeno se transmitió directamente al ser humano y produjo enfermedad grave. Con el fin de contener la propagación del virus, se procedió al sacrificio de las aves de corral en los mercados de la Región Administrativa Especial de Hong Kong y en las granjas (5). Tras un periodo de aparente quiescencia, en 2000 aparecieron en las aves varios virus agrupados diferentes (5, 6). Posteriormente, del 2003 en adelante, el virus H5N1 se propagó a millones de aves salvajes y domésticas, ayudado en parte por las aves acuáticas migratorias (5-7). Aunque se comprobó que era difícil que el virus se transmitiera a las personas, la tasa de letalidad era elevada. Hasta febrero de 2011 se habían notificado a la OMS unos 500 casos confirmados mediante pruebas de laboratorio en 15 países; aproximadamente un 60% de ellos fueron mortales.

9. La propagación del virus H5N1, la gravedad de la infección en el ser humano, las consecuencias económicas y agropecuarias sin precedentes que tuvo el sacrificio de un número ingente de aves, y la impresión de que era inminente una pandemia de gripe generaron la sensación de que era necesario planificar la preparación local, nacional y mundial para una pandemia de gripe. Asimismo, reforzaron la importancia de la colaboración entre los sectores de la sanidad humana y la sanidad animal, especialmente en relación con la vigilancia, la evaluación del riesgo, la respuesta y la notificación.

10. La aparición de otro virus respiratorio, el coronavirus causante del SRAS, ofreció a la comunidad sanitaria mundial un anticipo de las demandas que entrañaría una pandemia u otra emergencia mundial de salud pública. Los primeros casos de SRAS aparecieron en noviembre de 2002 en la Provincia de Guangdong (China). En los tres meses siguientes, a medida que aumentaba el número de casos y de brotes, empezaron a circular en foros electrónicos como la Red Mundial de Información sobre Salud Pública y ProMED informes no confirmados sobre una epidemia inusual de enfermedades respiratorias (8). La situación cambió bruscamente cuando un médico que había tratado a algunos enfermos viajó a la Región Administrativa Especial de Hong Kong en febrero de 2003. Poco después de su llegada al hotel enfermó gravemente, fue hospitalizado y falleció (9). Se cree que este médico infectó al menos a otros 12 clientes del hotel, que a su vez transmitieron el virus a otras personas en la Región Administrativa Especial de Hong Kong, Hanoi, Irlanda, Singapur, Toronto y los Estados Unidos de América, iniciando cadenas de transmisión (excepto en Irlanda). La OMS consideró que la mayoría de los casos mundiales de SRAS habían tenido su origen en esa persona (10).

11. La OMS movilizó equipos de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), emitió una serie de alertas mundiales, elaboró un plan mundial de vigilancia y notificación, y estableció redes virtuales de expertos en temas epidemiológicos, clínicos y de laboratorio para compartir información (3). El virus parecía transmitirse de persona a persona, muy probablemente a través de las secreciones respiratorias. Como era de esperar, el transporte aéreo facilitó la transmisión (11). Tal como ocurrió en 1995 con el brote de virus del Ebola, los centros sanitarios sirvieron a menudo como lugares de transmisión a los pacientes y al personal sanitario (9, 12-14). En cuestión de semanas se identificó un nuevo coronavirus, y a mediados de abril la OMS anunció definitivamente que era la causa del SRAS.

12. En ausencia de medicamentos, el control de la epidemia recayó en medidas de salud pública más tradicionales, tales como la higiene respiratoria y de las manos, el cumplimiento estricto de las medidas de control de las infecciones en los pacientes hospitalizados, el aislamiento de los enfermos y la cuarentena de los contactos íntimos (15). Además, muchos países implantaron los reconocimientos obligatorios de los viajeros internacionales. La OMS declaró el final del brote mundial el 5 de julio de 2003, no sin que antes se hubieran notificado 8098 casos y 774 muertes en 26 países.

13. Un examen de la respuesta mundial al SRAS reveló lo importante que es disponer de capacidad de detección temprana y notificar de forma transparente los casos de enfermedad inusual; las dificultades que hay para comunicar eficazmente a diversas audiencias (instancias normativas, políticos, clínicos, profesionales de la salud pública y público en general) la información sobre un riesgo de infección mal conocido y en evolución; los beneficios que aporta del intercambio pronto y frecuente de información a nivel mundial, por ejemplo a través de las redes virtuales de investigadores creadas por la OMS; lo importantes que pueden ser las medidas tradicionales, tales como el aislamiento y la cuarentena, para contener la propagación de forma que se consigan equilibrar los derechos individuales y el bien público, y las dificultades que hay para potenciar la capacidad institucional e individual con miras al mantenimiento de una respuesta prolongada en el tiempo (10).

14. El brote de SRAS y la propagación continua de la gripe aviar por virus (H5N1) reforzaron la importancia de las zoonosis como fuente de infección humana. La infección humana por virus zoonó-



ticos puede producirse tras el contacto con animales o productos animales infectados o con entornos contaminados, es decir, en la «interfaz entre el ser humano y los animales». Los virus de la gripe aviar H5N1, H7N7 y H9N2, y los virus de la gripe porcina H1N1 y H3N2 han ocasionado infecciones humanas esporádicas, mortales en algunos casos. Ninguno de estos virus animales se ha propagado fácilmente entre los humanos. Sin embargo, el virus (H1N1) 2009 pandémico se propagó de forma eficiente, ocasionando una transmisión sostenida de persona a persona.

15. El potencial riesgo de pandemia por el virus de la gripe aviar H5N1 fue el motor de gran parte de la planificación para una pandemia que se llevó a cabo en los últimos 10 años. La amenaza para la salud pública que supuso el virus H5N1 reforzó el importante papel que tienen los servicios veterinarios nacionales en la planificación y la respuesta a una pandemia, y estimuló una colaboración más estrecha entre las autoridades de sanidad animal y de salud pública en los ámbitos nacional, regional y mundial. Los organismos internacionales responsables de la sanidad animal, es decir, la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), han colaborado con la OMS para mejorar las capacidades nacionales en materia de vigilancia de las poblaciones animales y de la interfaz entre el ser humano y los animales, investigación de brotes, evaluación de los riesgos y pruebas diagnósticas. En julio de 2006, la FAO, la OIE y la OMS lanzaron el Sistema mundial de alerta anticipada ante las principales enfermedades de los animales, incluidas las zoonosis (GLEWS), el primer sistema conjunto de alerta anticipada para el seguimiento de las enfermedades animales, y en particular de la gripe de los animales. La Red OIE-FAO de Expertos en Gripe Animal colabora estrechamente con la OMS para resolver cuestiones concretas relacionadas con la gripe que se plantean en la interfaz entre el ser humano y los animales, tales como la aportación por el sector animal de información que permita fundamentar el proceso de selección de cepas vacunales frente a virus potencialmente pandémicos, tales como el H5N1 o el H9N2, que realiza la OMS.

### **C. El Reglamento Sanitario Internacional (2005): defensa frente a la propagación internacional de enfermedades en el siglo XXI**

«La comunidad mundial dispone de un nuevo marco jurídico para gestionar mejor las defensas colectivas que le permiten detectar eventos mórbidos y responder a emergencias y riesgos de salud pública que pueden tener consecuencias devastadoras para la salud humana y la economía.» (16)

16. Con estas palabras se ha descrito la entrada en vigor el 15 de junio de 2007 del RSI (2005), una estructura mundial destinada a prevenir y responder a la propagación internacional de enfermedades, evitando al mismo tiempo interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio.

17. El RSI tiene sus raíces en las convenciones sanitarias internacionales de siglo XIX, destinadas a controlar enfermedades infecciosas tales como el cólera, la viruela o la peste. En 1951, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó por vez primera el Reglamento Sanitario Internacional con el objetivo de ayudar a minimizar la propagación internacional de las enfermedades, y en 1969 se procedió a su revisión.

18. A lo largo del tiempo se fueron poniendo de manifiesto los defectos de la versión de 1969. Entre los problemas más destacados estaban su alcance limitado por las enfermedades que abarcaba (es decir, el cólera, la peste y la fiebre amarilla); la dependencia de las notificaciones oficiales hechas por los países afectados a la OMS; la escasez de mecanismos de colaboración entre la OMS y los países afectados para investigar los brotes, y la incapacidad de la OMS para hacer que sus recomendaciones sobre el control de las enfermedades estuvieran integradas en un marco jurídico (17). El RSI de 1969

estaba también cada vez más desfasado con respecto a las consideraciones relacionadas con los derechos humanos, al crecimiento de los viajes y el comercio internacionales y a las amenazas que para la seguridad sanitaria mundial suponen las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, así como otros peligros.

## **Elaboración del Reglamento Sanitario Internacional (2005): consultas y negociaciones**

19. En mayo de 1995 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución en la que pedía al Director General que iniciara una gran revisión del RSI de 1969 (18). La creación de un marco jurídico integral que se adaptara a las diferentes necesidades, capacidades y sensibilidades políticas de los Estados Miembros era de una complejidad sobrecogedora. La elaboración del reglamento y las consultas al respecto duraron varios años y suscitaron muchas controversias (recuadro 1.1).

### **Recuadro 1.1:** Principales temas de debate durante las negociaciones del RSI (2005)

- Si el Reglamento debería abarcar de forma explícita los eventos de origen químico y radiológico, así como los eventos relacionados con la liberación deliberada y accidental.
- Cómo se podría conciliar la certidumbre de un planteamiento basado en una lista con la flexibilidad de un planteamiento basado en los riesgos para detectar, evaluar y comunicar los eventos potencialmente importantes desde el punto de vista de la salud pública.
- Si la OMS debería utilizar fuentes de información no oficiales.
- Los mecanismos que podrían garantizar que los países no se vean penalizados injustamente por su transparencia a la hora de notificar eventos a la OMS.
- Si a los países se les debería permitir que apliquen medidas sanitarias que vayan más allá de las contempladas en el Reglamento o las recomendadas por la OMS para hacer frente a amenazas para la salud pública y, en tal caso, si la OMS debería responder, y cómo.
- Si la OMS debería tener poderes para desplegar sobre el terreno equipos que evalúen y respondan a las amenazas, independientemente de que el país afectado haya solicitado esa asistencia.
- Las facilidades que se les deberían dar a los países, o las dificultades que se les deberían poner para obviar determinadas disposiciones del Reglamento.
- Los plazos que se deberían fijar para examinar, fortalecer y mantener las capacidades básicas.
- Si los arreglos constitucionales, sobre todo de los países federales, podrían hacer impracticables algunas de las disposiciones (en particular las obligaciones explícitas relacionadas con las capacidades básicas a nivel subnacional).
- Si las recomendaciones temporales hechas por el Director General deberían ser vinculantes para los Estados Miembros.
- Cómo lograr la aplicación universal del Reglamento a todas las poblaciones, independientemente de su estatuto de Estados Miembros.

20. Después de la pandemia de SRAS, en 2004 se creó un Grupo de Trabajo Intergubernamental para hacer avanzar el proceso. En abril de 2005 se habían hecho progresos importantes gracias a dos rondas de negociaciones oficiales intensivas, pero no se había llegado a un acuerdo sobre todas las

cuestiones. Finalmente se alcanzó un acuerdo en una reunión que tuvo lugar cuando solo faltaban algunos días para la celebración anual de la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de ese año.

21. El RSI abarca el centro de atención tradicional de la protección de la salud, es decir, las enfermedades infecciosas y transmitidas por vectores. Sin embargo, se ha ampliado el concepto de enfermedad para incluir los peligros químicos y radiológicos, los riesgos relacionados con las actividades humanas deliberadas o accidentales, y las situaciones en las que el patógeno o la fuente del daño son nuevos, están mal definidos o son desconocidos.

### Las principales funciones del Reglamento Sanitario Internacional

22. Se puede considerar que el RSI funciona a dos niveles. En primer lugar regula las funciones sistemáticas de protección de la salud pública y dispone la gestión continua de las amenazas sanitarias, tanto en los países como en sus fronteras. En segundo lugar ofrece un marco para responder de forma coordinada y proporcionada a las amenazas sanitarias importantes y urgentes, que pueden ir desde eventos de salud pública que afecten a uno o más países hasta eventos de salud pública de importancia mundial.

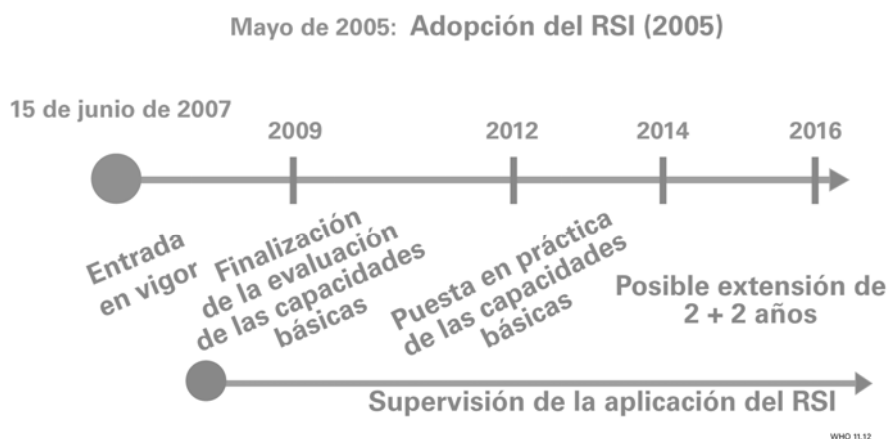
23. Después de examinar los 66 artículos y nueve anexos del RSI, el Comité de Examen identificó ocho funciones principales sobre las que basar su evaluación (cuadro 1.1). Dichas funciones representan algunas de las características más innovadoras del RSI y se comentan brevemente más adelante, así como en el apéndice III.

**Cuadro 1.1:** Principales funciones del RSI (2005)

Artículos y anexos del RSI	Función	Descripción de la función
4, 5, 13, 44, Anexo 1a	1. Capacidades básicas de los Estados Partes en materia de detección, evaluación y respuesta	<p>Consecución de las capacidades básicas en materia de detección, evaluación y respuesta a nivel nacional y subnacional; abarca ocho áreas técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislación, política y financiación nacionales</li> <li>• Coordinación y comunicación del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI</li> <li>• Vigilancia</li> <li>• Respuesta</li> <li>• Preparación</li> <li>• Comunicación de riesgos</li> <li>• Recursos humanos</li> <li>• Laboratorio</li> </ul> <p>Los Estados Partes colaborarán entre sí y con las organizaciones internacionales para asegurar esas capacidades</p>
4-10, 44, Anexo 2	2. Detección y operaciones de alerta por los Estados Partes	<p>Detección y operaciones de alerta a punto desde el nivel local hasta el nacional, con inclusión de las interacciones entre el CNE y la OMS. Los Estados Partes colaborarán en la detección de eventos y la emisión de alertas sobre los riesgos para la salud</p>

Artículos y anexos del RSI	Función	Descripción de la función
4, 5, 9-11, 14	3. Detección y operaciones de alerta por la OMS	Procedimientos de vigilancia, detección de eventos, gestión de datos, evaluación de riesgos e información. La OMS colaborará con las organizaciones internacionales en la detección de eventos
13, 14, 44	4. Respuesta internacional de salud pública	Colaboración entre la OMS, los Estados Partes y las organizaciones internacionales en la gestión de eventos, y en particular en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La investigación y la respuesta (p.ej., la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN))</li> <li>• El intercambio de información</li> <li>• La orientación</li> <li>• La logística</li> <li>• La aportación de conocimientos técnicos</li> </ul>
12, 15-18, 47-49	5. Procedimientos en caso de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)	Establecimiento de procedimientos específicos para identificar una ESPII, convocar el Comité de Emergencias (CE), hacer recomendaciones provisionales y comunicar las reuniones del CE y la finalización de las ESPII
14, 18-43, 46, Anexos 1b, 3-9	6. Puntos de entrada y documentos de viaje	Acciones de la OMS y los Estados Partes en los puntos de entrada para contener y reducir la extensión de los riesgos para la salud pública, y en particular: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las capacidades e instalaciones en los puntos de entrada</li> <li>• Los regímenes de inspección y control (p.ej., certificados de control de sanidad a bordo, certificados de vacunación, declaraciones sanitarias)</li> <li>• El establecimiento de capacidades e instalaciones</li> </ul>
42, 43	7. Evitación de interferencias innecesarias en el tráfico y el comercio	Papel de una comunicación efectiva y del seguimiento con los Estados Partes para evitar medidas sanitarias que impongan restricciones al tráfico y al comercio; establecimiento de procedimientos en caso de aplicación de dichas medidas
3, 23, 31, 42, 43, 45	8. Aplicación del RSI con respecto a los derechos humanos	Disposiciones con respecto al consentimiento informado, a la aplicación no discriminatoria de las medidas sanitarias y a la confidencialidad de los datos personales

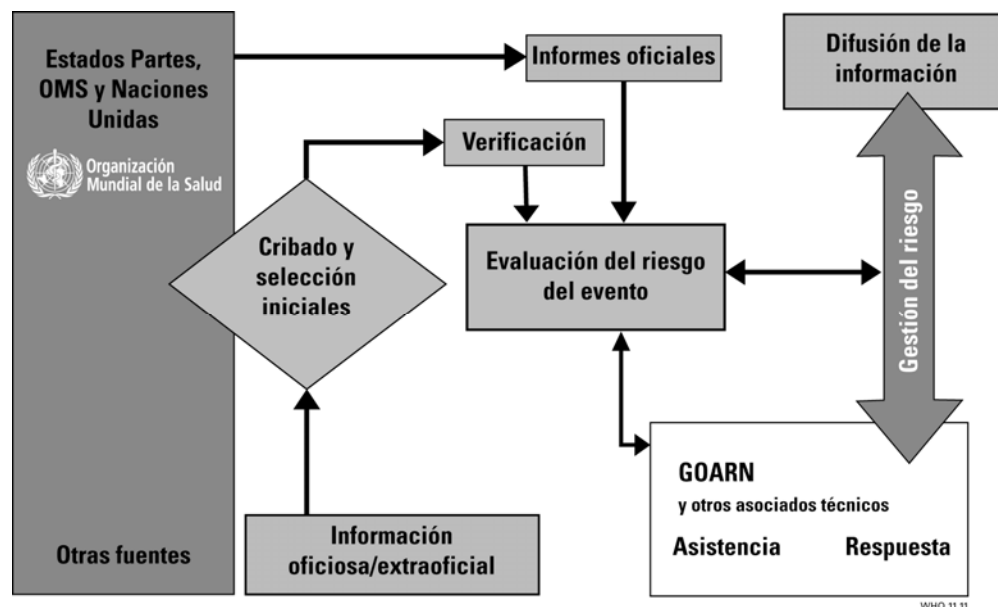
24. Uno de los aspectos básicos del RSI es que establece la obligación explícita de que los Estados Partes evalúen, refuercen y mantengan «capacidades básicas» de vigilancia, evaluación del riesgo, notificación y respuesta. Esas capacidades tienen que estar en funcionamiento a nivel local, intermedio y nacional, así como en las fronteras, y en particular en los aeropuertos y puertos internacionales designados. Para muchos países el desarrollo de esas capacidades requerirá tiempo y recursos, y en particular asistencia técnica y financiera por parte de la OMS. El RSI concedió un plazo de cinco años para la puesta en marcha de esas capacidades, es decir, hasta junio de 2012, y la posibilidad de dos ampliaciones del plazo, de dos años cada una (figura 1.1.) (19).

**Figura 1.1** Plazos previstos en el RSI para el fortalecimiento de la capacidad básica nacional

25. El concepto de un Centro Nacional de Enlace único a través del cual fluyan las comunicaciones entre los gobiernos y la OMS acerca del RSI es una innovación fundamental del Reglamento. No se trata de una persona, sino de una oficina, unidad o departamento designado oficialmente y accesible en todo momento. La OMS solicita a los Centros Nacionales de Enlace verificación de los eventos detectados mediante sus actividades mundiales de vigilancia. A los centros se les pide que respondan oportunamente a esas solicitudes y que, mediante la aplicación de un diagrama de flujo que forma parte integral del RSI (es decir, el Instrumento de decisión del anexo 2), notifiquen a la OMS todo evento que pueda constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional.

26. El RSI otorga a la OMS una función de liderazgo mundial que abarca la vigilancia, la evaluación del riesgo y la respuesta. La OMS puso en práctica en 1997 un sistema de vigilancia de una amplia gama de eventos infecciosos y no infecciosos a través del cual se observan cientos de fuentes de información oficiales y no oficiales entre las cuales se establecen referencias cruzadas. Los procesos de la OMS para detectar, verificar y evaluar rápidamente las potenciales amenazas internacionales a la salud pública han evolucionado a lo largo del tiempo (figura 1.2) y se han adaptado a las disposiciones del RSI (20).

**Figura 1.2** Diagrama de flujo de la gestión de los eventos: detección, verificación y evaluación del riesgo de las amenazas

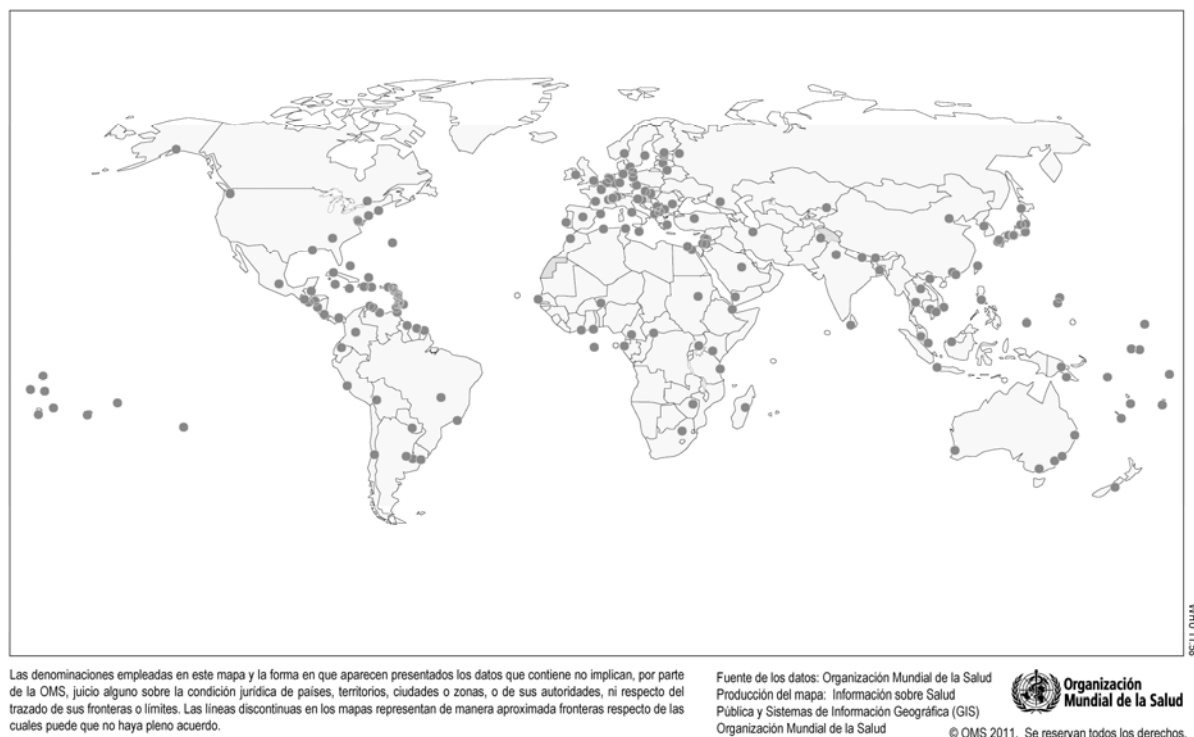


27. Para soportar el aumento del volumen de información generada por el RSI, la OMS ha desarrollado dos instrumentos en línea. En el primero, el Sistema de Gestión de Eventos, se introduce información sobre los eventos a la que se puede acceder para respaldar la toma de decisiones y las actividades relacionadas con la gestión de los riesgos. El sistema es utilizado por todas las oficinas regionales, varias oficinas en los países y departamentos de la sede de la OMS, y se sigue extendiendo a otras oficinas en los países.

28. La segunda plataforma electrónica, el Sitio sobre Información de Eventos, es un sitio seguro, protegido por contraseña, al que pueden acceder los Centros Nacionales de Enlace, los Jefes de las oficinas de las OMS en los países, las oficinas regionales, la sede de la Organización y algunas organizaciones intergubernamentales. Este sitio se creó para permitir que la OMS cumpliera sus obligaciones dimanantes del RSI relacionadas con la aportación rápida, eficiente y confidencial de información pertinente sobre la salud pública. El Sitio contiene información sobre riesgos graves y comprobados para la salud pública, y en particular evaluaciones del riesgo de los eventos e informes de situación, panorámicas regionales de eventos que afectan a múltiples jurisdicciones y medidas de control. Además se publican datos de interés como materiales de apoyo a la aplicación del RSI y señas de contacto.

29. Es la GOARN quien materializa la capacidad de respuesta de la OMS. En abril de 2000 la OMS y una serie de asociados clave establecieron oficialmente la GOARN para mejorar la coordinación de la respuesta internacional a los brotes (21). A través de la GOARN, un país afectado puede acceder rápidamente a expertos y recursos que complementen sus capacidades nacionales, y la seguridad sanitaria mundial se ve reforzada ante la propagación internacional de patógenos emergentes y reemergentes. En la GOARN participan más de 300 asociados técnicos y operacionales de todo el mundo (figura 1.3).

**Figura 1.3** Miembros de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), 2000-2011



30. El RSI define una emergencia de salud pública de importancia internacional como «un evento extraordinario que se ha determinado que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y podría exigir una respuesta internacional coordinada». El RSI define procedimientos claros en caso de emergencia de salud pública de importancia internacional. Únicamente el Director General de la OMS tiene autoridad para determinar si un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, y solo tras haberse asesorado con el comité pertinente de expertos externos (es decir, el Comité de Emergencias). Al Director General se le exige que consulte con el Comité de Emergencias antes de hacer recomendaciones temporales sobre las medidas sanitarias apropiadas para evitar la propagación internacional de enfermedades y evitar la interferencia en el tráfico internacional. Los países que decidan aplicar medidas más restrictivas o perturbadoras deben justificarlas adecuadamente.

31. Aunque desde junio de 2007 se han puesto cientos de eventos de salud pública en conocimiento de la OMS, fue la aparición de un nuevo virus gripal a principios de 2009 la que motivó la declaración de la primera (y hasta ahora única) emergencia de salud pública de importancia internacional. Este evento fue la primera prueba sobre el funcionamiento de las disposiciones del RSI en la práctica.

32. Como dispone el RSI, las funciones, poderes y deberes de la OMS, Estados Partes, puertos, aeropuertos y operadores de transportes reflejan el hecho de que ningún actor ni conjunto de medidas (por ejemplo, los controles de entrada en las fronteras) puede proporcionar una protección completa frente a la propagación internacional de las enfermedades. El RSI se basa en dos premisas: la interdependencia de los países cuando se enfrentan a una amenaza de salud pública y la necesidad de que

las respuestas a los eventos de salud pública «respeten plenamente la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas».

## D. Visión general de la gripe estacional y la gripe pandémica

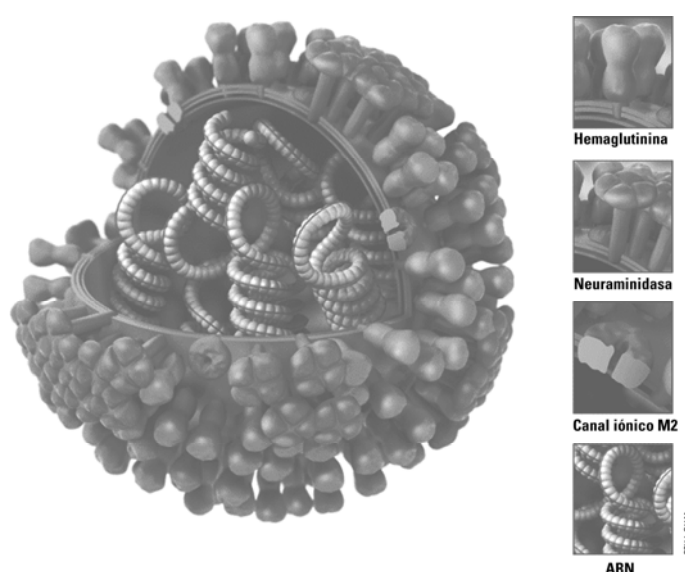
33. La gripe es una infección vírica aguda que se transmite fácilmente de persona a persona. Las epidemias estacionales de gripe se producen anualmente durante los meses de invierno en las regiones templadas. En algunos países tropicales, los virus de la gripe circulan durante todo el año, con uno o dos periodos álgidos durante las estaciones lluviosas.

34. La mayoría de las personas que contraen la gripe estacional se recuperan sin necesidad de atención médica, pero la infección puede causar complicaciones, e incluso la muerte, sobre todo en ancianos, lactantes y pacientes con afecciones crónicas subyacentes. Se calcula que la gripe estacional causa unos 3,5 millones de casos anuales de enfermedad grave y unas 250 000 a 500 000 muertes en todo el mundo (22).

35. La gripe estacional puede causar graves problemas económicos y de salud pública. En los países desarrollados las epidemias pueden ocasionar un absentismo laboral y una pérdida de productividad importantes. Los centros sanitarios pueden verse sobrecargados durante los periodos de máxima actividad de la enfermedad. Debido a la falta de datos, se sabe poco sobre los efectos de las epidemias de gripe en los países en desarrollo (23).

36. Hay tres tipos de virus de la gripe: A, B y C. El tipo C suele causar enfermedad respiratoria leve o totalmente asintomática; por consiguiente, los esfuerzos de salud pública por controlar la gripe estacional de cada año se centran en los tipos A y B. Los virus del tipo A se dividen en subtipos en función de sus diferencias con respecto a dos complejos glucoproteicos que tachonan la superficie externa del virus: la hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (N) (figura 1.4).

**Figura 1.4** Representación gráfica de la estructura general de un virus de la gripe



**Fuente:** Adaptada de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.



37. Se conocen 16 subtipos H y nueve subtipos N. Por consiguiente son posibles muchas combinaciones de proteínas H y N, pero en la actualidad solo circulan en la población humana dos subtipos: el H1N1 y el H3N2. En otras especies animales, sobre todo en las aves acuáticas, se encuentran otros subtipos.

38. Los virus gripales B infectan principalmente al ser humano y, al contrario de los virus A, no tienen subtipos. Aunque pueden causar epidemias considerables, brotes fuera de temporada y casos graves, su impacto suele ser menor que el de los virus gripales A.

39. La vacunación es la forma más eficaz de prevenir la enfermedad y las consecuencias adversas graves de la gripe. Se vienen utilizando vacunas antigripales seguras y eficaces desde hace más de 60 años. En adultos sanos, la vacunación puede prevenir la mayoría de los casos de enfermedad específicamente gripal. Entre los ancianos, la vacuna reduce los casos de enfermedad grave, las complicaciones y las muertes (24). Hay un número reducido de antivíricos para prevenir o tratar las infecciones gripales, y su eficacia es mayor cuando se aplican en los primeros días de la enfermedad.

40. Cuando diferentes virus gripales infectan simultáneamente a un animal se pueden producir nuevas combinaciones de antígenos de la superficie vírica. Cuando un antígeno de la superficie de un virus gripal A sufre un cambio importante, se puede producir una pandemia si la mayoría de las personas carecen de inmunidad frente al nuevo virus y este se puede transmitir fácilmente de persona a persona.

41. Al contrario de las epidemias anuales de gripe estacional, las pandemias de gripe son infrecuentes. En el siglo XX ha habido tres pandemias de gripe reconocidas: en 1918-1919, 1957 y 1968. Por definición, las pandemias afectan a la población humana de todo el mundo, pero las características de cada una de ellas (los países y los segmentos de la población más afectados, la gravedad de la enfermedad, la velocidad de propagación geográfica, el número de oleadas pandémicas y la distribución mundial) han sido muy diferentes (cuadro 1.2). El fantasma de una potencial repetición de la devastadora pandemia de 1918-1919 influyó profundamente en la planificación de la salud pública para una futura pandemia.

**Cuadro 1.2** Características de las tres pandemias del siglo XX

PANDEMIA (Fecha y nombre común)	ZONA DE APARICIÓN	SUBTIPO DE VIRUS GRIPAL A	NÚMERO REPRODUCTIVO ESTIMADO	TASA DE LETALIDAD ESTIMADA	EXCESO MUNDIAL ESTIMADO DE MORTALIDAD ATRIBUIBLE	GRUPOS DE EDAD MÁS AFECTADOS (TASAS DE ATAQUE SIMULADAS)	PÉRDIDA DE PIB (VARIACIÓN PORCENTUAL)
1918-1919 «Gripe española»	Sin esclarecer	H1N1	1,5-1,8	2%-3%	20-50 millones	Adultos jóvenes	-16,9 a 2,4
1957-1958 «Gripe asiática»	China meridional	H2N2	1,5	<0,2%	1-4 millones	Niños	-3,5 a 0,4
1968-1969 «Gripe de Hong Kong»	China meridional	H3N2	1,3-1,6	<0,2%	1-4 millones	Todos los grupos de edad	-0,4 a (-1,5)

**Fuente:** Pandemic Influenza Preparedness and Response: A WHO Guidance Document. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009, p. 13.

## **E. Planificación para una pandemia de gripe**

### **Elaboración y perfeccionamiento de los planes mundiales de preparación para una pandemia, 1999-2009**

42. La OMS publicó su primer plan mundial de preparación para una pandemia de gripe en 1999, dos años después de la detección de los primeros casos humanos de infección por virus de la gripe aviar A (H5N1) en la Región Administrativa Especial de Hong Kong (25). El plan se actualizó en 2005 (26) y se volvió a actualizar en abril de 2009 (27). Los planes mundiales de preparación se plantearon como instrumentos de planificación que cada país podría adaptar a sus necesidades.

43. En todos los planes se adoptó una estructura multifásica para organizar las medidas que deberían tomar la OMS o los países. En los planes de 2005 y 2009 se redefinieron y perfeccionaron las fases de la pandemia; se hizo hincapié en las medidas para contener o retrasar la propagación de un nuevo virus de la gripe en las fases iniciales, y se recomendó la participación de diferentes sectores, como los de la salud, agricultura, educación, transporte, trabajo o defensa, en las actividades de planificación.

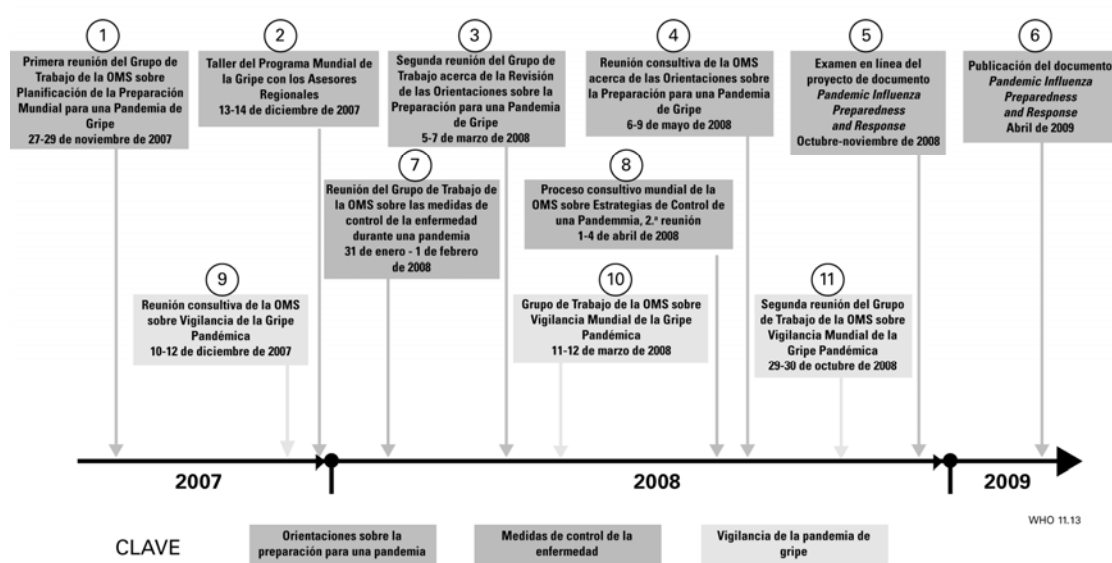
44. En la elaboración de las directrices de la OMS de 2005 sobre la preparación para una pandemia se tuvo en cuenta la experiencia adquirida por varios países durante la pandemia de 1918-1919 con respecto a la notificación obligatoria de los casos, el aislamiento de los pacientes y la cuarentena de los contactos. Aunque estas medidas se consideraron generalmente ineficaces e inviables, la pronta identificación y aislamiento de los pacientes en entornos cerrados, como los cuarteles y los dormitorios de los colegios, parece haber contribuido a reducir las tasas de ataque, especialmente cuando se combinó con restricciones de la movilidad de las comunidades afectadas (28). La combinación de estos datos con la falta general de disponibilidad de antivíricos y de vacunas antipandémicas hizo que el plan mundial de preparación para una pandemia de 2005 hiciera hincapié en las intervenciones de salud pública (28, 29). En mayo de 2007 casi todos los Estados Miembros habían elaborado su plan de preparación para una pandemia de gripe basado en las orientaciones de 2005.

45. Varios acontecimientos llevaron a la OMS a propugnar una revisión del plan mundial de 2005 (27). La continua propagación geográfica de la gripe aviar por A (H5N1) y su evolución eran preocupantes. Nuevos análisis de las pandemias anteriores permitieron entender mejor su evolución y propagación, así como las formas de reducir la transmisión. Una revisión sistemática de los datos de la pandemia de 1918-1919 en algunas ciudades de los Estados Unidos de América reveló una estrecha relación entre la «aplicación precoz, sostenida y estratificada» de medidas de salud pública (cierre de escuelas, cancelación de concentraciones públicas, aislamiento y cuarentena) y una reducción de la mortalidad (30). Dos análisis retrospectivos indicaron que la cuarentena (es decir, la observación de los pasajeros y las tripulaciones antes de permitir su desembarco) pudo haber sido decisiva para retrasar la llegada de la pandemia de 1918-1919 y reducir su mortalidad en algunas poblaciones insulares del Pacífico meridional (31, 32).

46. Los resultados de los modelos matemáticos reforzaron el valor potencial de las medidas de salud pública durante las pandemias, siempre que se aplicaran tempranamente y se combinaran con la medicación durante algún tiempo (33-37). Por vez primera había reservas de antivíricos disponibles a nivel mundial, regional y nacional (aunque solo ofrecían cobertura a una pequeña fracción de la población mundial). Por último, se habían hecho progresos modestos en materia de investigación y desarrollo de vacunas, y la OMS había iniciado su Plan de Acción Mundial para aumentar el suministro de vacunas contra la gripe pandémica (38).

47. La elaboración de las nuevas orientaciones de la OMS de 2009 sobre la preparación y la respuesta ante una gripe pandémica duró 17 meses, desde noviembre de 2007 hasta abril de 2009 (figura 1.5).

**Figura 1.5** Proceso de revisión de las Directrices sobre la Preparación para una Pandemia, 2007-2009



48. Para elaborar el plan mundial 2009 de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe se solicitaron aportaciones de una amplia gama de interesados y para recabarlas se utilizaron diversas estrategias. Se celebraron varias consultas, algunas de ellas sobre temas concretos en las que se examinaron las intervenciones médicas y de salud pública, así como la vigilancia mundial de una pandemia de gripe (39). Se formó un Grupo de trabajo sobre vigilancia mundial de una pandemia de gripe para que determinara los datos básicos de vigilancia necesarios durante una pandemia y que se pudieran recopilar tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, así como la forma de analizarlos y difundirlos. Sus deliberaciones llevaron a la formulación de unas orientaciones de la OMS sobre la vigilancia (40).

49. En octubre-noviembre de 2008 se publicó en el sitio web de la OMS un proyecto de plan revisado acerca del cual se recibieron más de 600 comentarios. Todas estas aportaciones fueron examinadas por miembros de los grupos especiales y de la Secretaría de la OMS (27). La publicación del documento de orientación de la OMS titulado *Pandemic Influenza Preparedness and Response* coincidió con el inicio de la pandemia en 2009.

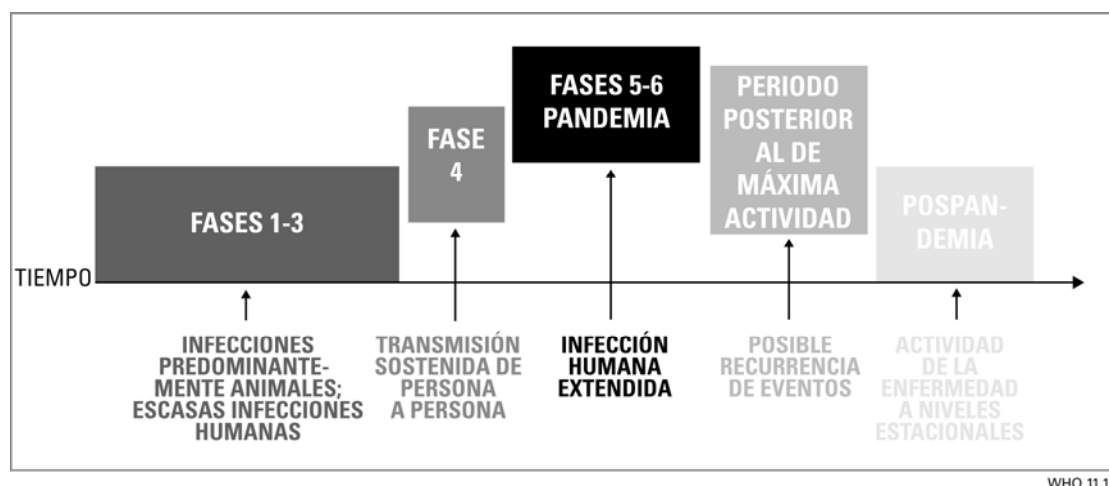
50. El plan revisado incorporó varias disposiciones nuevas (recuadro 1.2).

**Recuadro 1.2:** Panorámica de las principales modificaciones de las orientaciones de la OMS de 2009 sobre la Preparación y la Respuesta ante una Pandemia de Gripe

- Se mantuvo la estructura con seis fases, pero se revisó para reflejar mejor el riesgo de pandemia y la situación epidemiológica, utilizando para ello fenómenos observables.
- Principios fundamentales destacados de la planificación para una pandemia:
  - Inclusión de principios éticos para proteger los derechos humanos.
  - Integración de la preparación y respuesta ante una pandemia en los marcos nacionales de emergencia.
  - Incorporación de un planteamiento basado en la totalidad de la sociedad.
- Armonización con el RSI (2005) y las orientaciones suplementarias de la OMS sobre la vigilancia, las medidas de control de la enfermedad, la contención rápida y la comunicación de una pandemia de gripe.
- Aportación de supuestos de planificación y de una base científica seleccionada.

51. Dada la magnitud de los trabajos realizados para elaborar planes nacionales basados en un planteamiento multifásico, se mantuvo la división en seis fases, aunque con modificaciones (figura 1.6).

**Figura 1.6** Fases de una pandemia de gripe, 2009



**Fuente:** *Pandemic Influenza Preparedness and Response: A WHO Guidance Document*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009, p. 24.

52. Se combinaron las fases 1-3 y las fases 5-6. La fase 4 se caracterizó por la transmisión sostenida de persona a persona de un virus gripal animal o un virus reagrupado humano-animal capaz de causar «brotos a nivel comunitario», reveladora de un aumento significativo de la probabilidad de pandemia. Llegados a este punto, la OMS y el país afectado podrían considerar la posibilidad de poner en práctica una operación de contención rápida (41). El periodo posterior a la primera oleada de la pandemia se dividió en dos: el periodo posterior al de máxima actividad y el periodo pospandémico. Se detallaron las medidas recomendadas a la OMS y a las autoridades nacionales en cada fase (cuadro 1.3).

**Cuadro 1.3:** Descripción de las fases de alerta de pandemia de la OMS y de las medidas principales en cada fase

	Probabilidad estimada de pandemia	Descripción	Principales medidas en los países afectados	Principales medidas en los países no afectados
<b>Fase 1</b>	Incierta	No hay entre los animales virus gripales animales circulantes que hayan causado infecciones humanas.	Elaborar, aplicar y perfeccionar los planes nacionales de preparación y respuesta ante una gripe pandémica y armonizarlos con los planes nacionales de preparación y respuesta ante las emergencias.	
<b>Fase 2</b>		Circula entre los animales domésticos o salvajes un virus gripal animal que ha causado infecciones humanas, por lo que se considera una posible amenaza concreta de pandemia.		
<b>Fase 3</b>		Existe un virus gripal animal o un virus reagrupado humano-animal que ha causado casos esporádicos o pequeños conglomerados de casos humanos, pero no ha ocasionado una transmisión de persona a persona suficiente para mantener brotes a nivel comunitario.		
<b>Fase 4</b>	Media-alta	Hay una transmisión comprobada de persona a persona de un virus gripal animal o un virus reagrupado humano-animal capaz de mantener «brotes a nivel comunitario».	Contención rápida.	Preparación para responder a la pandemia.
<b>Fase 5</b>	Alta-segura	Existen brotes sostenidos a nivel comunitario al menos en dos países de una región de la OMS, causados por el mismo virus identificado.	Respuesta a la pandemia: cada país pondrá en marcha las medidas previstas en su plan nacional.	Preparación para una respuesta inminente.
<b>Fase 6</b>	Pandemia en curso	Además de los criterios que definen la fase 5, ese mismo virus ha causado brotes sostenidos a nivel comunitario en al menos otro país de otra región de la OMS.		

	Probabilidad estimada de pandemia	Descripción	Principales medidas en los países afectados	Principales medidas en los países no afectados
<b>Periodo posterior al de máxima actividad</b>		La actividad de la gripe pandémica ha disminuido en la mayoría de los países con una vigilancia adecuada por debajo de la observada en el momento álgido.	Evaluación de la respuesta; recuperación; preparación para una posible segunda oleada.	
<b>Posible nueva oleada</b>		La actividad de la gripe pandémica va nuevamente en aumento en la mayoría de los países con una vigilancia adecuada.	Respuesta.	
<b>Periodo pospandémico</b>		La actividad de la gripe ha vuelto a ser comparable a la habitual de la gripe estacional en la mayoría de los países con una vigilancia adecuada.	Evaluación de la respuesta; revisión de los planes; recuperación.	

**Fuente:** *Pandemic Influenza Preparedness and Response: A WHO Guidance Document*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009, p. 27.

53. Las oficinas regionales de la OMS ofrecieron apoyo directo, práctico, y en algunos casos económico, a los países que solicitaron asistencia para la planificación ante una pandemia. A continuación se exponen algunas actividades regionales a modo de ejemplo.

54. La Oficina Regional de la OMS para África (AFRO) elaboró un plan regional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe que se difundió entre todos los Estados Miembros para que lo utilizaran en la elaboración de sus planes nacionales (42). Se prestó apoyo técnico a los países para que adaptaran al virus (H1N1) 2009 pandémico los planes que tenían para hacer frente al virus H5N1. Treinta países recibieron de la Oficina Regional fondos destinados a la ejecución de actividades prioritarias relacionadas con la pandemia.

55. La Oficina Regional de la OMS para Europa (EURO) prestó asistencia a sus 53 Estados Miembros mediante la realización de cuatro reuniones regionales sobre la preparación para una pandemia, celebradas en 2005, 2006 y 2007. Entre 2006 y 2009 se organizaron varios talleres subregionales sobre el mismo tema. Se enviaron a cerca de 40 Estados Miembros misiones de evaluación de la pandemia, la mayoría de ellas en colaboración con el Centro europeo para la prevención y el control de las enfermedades, gracias a las cuales se facilitó la elaboración de planes de preparación y se mejoraron las capacidades de vigilancia y laboratorio.

56. La Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental (EMRO) prestó apoyo a los Estados Miembros enviando directrices técnicas destinadas a contribuir a la elaboración de los planes nacionales de preparación, los cuales fueron examinados posteriormente por las unidades técnicas regionales. Como Egipto era el país más afectado por la gripe aviar A (H5N1), la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental llevó a cabo varias misiones sobre el terreno para ayudar a las autoridades egipcias a desarrollar la respuesta nacional al H5N1 y a elaborar un plan de preparación para una pandemia. Asimismo, se probó este plan mediante un ejercicio de simulación.

57. La Oficina Regional de la OMS para las Américas (OPS) publicó en su sitio web materiales de orientación para la población, las comunidades y los profesionales sanitarios. Algunas de esas orientaciones fueron creadas por los expertos de la OPS, y otras por expertos de la OMS, siendo posteriormente traducidas al español. Dicha información incluyó el Plan Estratégico y Operativo de la OPS de Preparación ante una Pandemia de Influenza 2008-2009 (43).

58. Las oficinas regionales de la OMS para Asia Sudoriental (SEARO) y para el Pacífico Occidental (WPRO) colaboraron en 2005 en la formulación de la Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes (44), que brindó un marco birregional para el debate sobre tres objetivos relacionados entre sí: la mejora de la gestión de las enfermedades endémicas, la vía para la aplicación del RSI, y la planificación de la preparación para una pandemia. Además, la Oficina Regional para el Pacífico Occidental, en colaboración con la Secretaría de la Comunidad del Pacífico y otros asociados, prestó apoyo al proyecto plurianual de preparación de la Región del Pacífico para una pandemia de gripe, cuyo objetivo era la creación de capacidades en los pequeños países y zonas insulares del Pacífico.

### **Contención rápida: detención de una pandemia incipiente**

59. La idea de la denominada estrategia de contención rápida surgió a finales de 2005. El objetivo de la contención rápida era detener una pandemia de gripe en el momento de la detección inicial del virus y antes de su propagación amplia (41). La idea surgió en parte de la experiencia con el SRAS, que demostró que era posible movilizar una compleja operación mundial de salud pública y cambiar la evolución natural de una enfermedad. Dos estudios basados en modelos matemáticos publicados en 2005 respaldaron la idea (34, 35). Dichos modelos indicaron que la detección, investigación y notificación de los primeros casos, seguida de la administración a gran escala de antivíricos y de medidas de salud pública para bloquear la transmisión, tales como el aislamiento, la cuarentena o los controles de fronteras, tenían que ponerse en práctica rápidamente en la zona afectada. Se calculó que el plazo para poner en práctica estas medidas extraordinarias era de tres semanas como máximo. Era improbable que se intentara la contención rápida en caso de que el virus novedoso ya se hubiera extendido mucho en el momento de su detección inicial o de que las operaciones no se pudieran llevar a cabo con rapidez suficiente.

60. Para preparar una posible operación de contención rápida, la OMS recibió una donación de tres millones de tratamientos con oseltamivir para crear una reserva. Se alentó a los países a que integraran la planificación para una contención rápida en sus planes nacionales de preparación para una pandemia de gripe. En colaboración con los Estados Miembros y expertos técnicos, la OMS elaboró un protocolo de contención rápida, organizó talleres regionales y creó materiales de formación. Algunos Estados Miembros y regiones de la OMS elaboraron protocolos nacionales y regionales de contención rápida y realizaron ejercicios para poner a prueba la aplicación de la estrategia de contención rápida antes del brote de gripe por virus A (H1N1) 2009 pandémico.

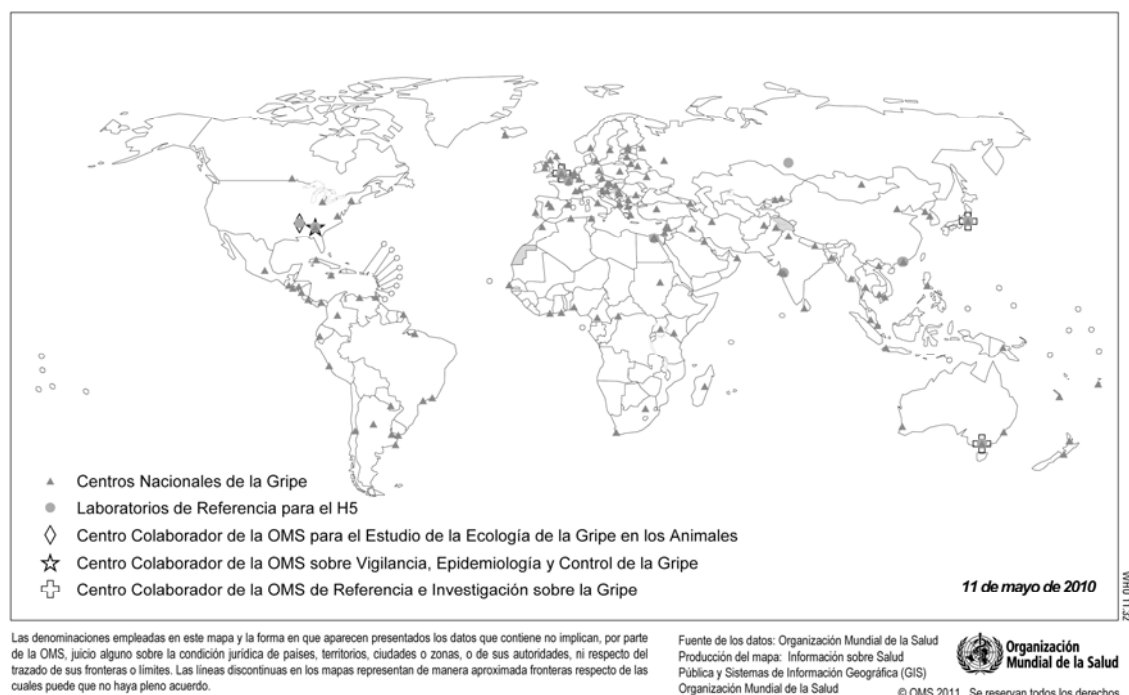
61. Se considera que la contención rápida es una medida de salud pública extraordinaria que va más allá de las medidas habituales de respuesta a los brotes y de control de las enfermedades. Su objetivo es detener la propagación de una pandemia incipiente en su fuente inicial. No obstante, cabe señalar que en los planes de preparación y respuesta ante una pandemia el término «contención» se utilizó para referirse a una serie de medidas, tales como las destinadas a evitar la entrada del virus en un país o a frenar su propagación geográfica. Al término «mitigación» (a veces utilizado como sinónimo de «contención») también se le dieron diferentes significados dependiendo del contexto; por ejemplo, frenar la propagación geográfica del virus, reducir la carga de morbilidad o reducir la gravedad de la enfermedad.

## La Red Mundial de Vigilancia de la Gripe

62. La Red Mundial de Vigilancia de la Gripe (GISN) viene desempeñando desde 1952 un papel esencial en la detección y la monitorización de la gripe. Su red de laboratorios efectúa un seguimiento y análisis de los virus de la gripe, cuyos resultados determinan las recomendaciones de la OMS acerca de las vacunas contra la gripe estacional en los hemisferios norte y sur. Las vacunas pueden ser modificadas cada año porque los virus de la gripe sufren continuamente cambios menores, pero que pueden ser importantes desde el punto de vista inmunológico. El seguimiento de estos cambios en tiempo real, durante todo el año y en todo el mundo supone un reto enorme. Otra importante función de la GISN es la detección y evaluación del potencial pandémico de virus gripales novedosos.

63. La GISN ha crecido hasta convertirse en una alianza mundial de 136 Centros Nacionales de Gripe de 106 países, seis Centros Colaboradores de la OMS altamente especializados y tres Laboratorios Reguladores Esenciales (45) (figura 1.7). Pese a su alcance, la GISN tiene lagunas geográficas, sobre todo en África.

**Figura 1.7** Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe (GISN)



64. Para dar respuesta a los retos que plantean los virus gripales A (H5N1), la OMS creó en 2004, dentro de la GISN, una red ad hoc de Laboratorios de Referencia para el H5, con la que se potenció la capacidad de la GISN para detectar tempranamente virus novedosos y se reforzó la importancia de la vigilancia coordinada de la sanidad animal y humana (46).

65. Los Centros Nacionales de Gripe, que se suelen considerar la espina dorsal de la GISN porque constituyen la base de toda la red, son generalmente la principal fuente de conocimientos especializados sobre vigilancia de los virus gripales y respuesta en sus países. Recogen y analizan las cepas de



virus gripales aisladas en las muestras clínicas y envían los aislados representativos o inusuales a los Centros Colaboradores de la OMS, donde son caracterizados pormenorizadamente. Cada año, los Centros Nacionales de Gripe recogen más de 175 000 muestras de pacientes y envían a los Centros Colaboradores de la OMS unos 2000 virus para que sean sometidos a análisis antigénicos y genéticos (45). Aunque no se recogen datos epidemiológicos y clínicos individuales, los Centros Nacionales de Gripe presentan a la OMS informes semanales con datos sobre la vigilancia de laboratorio y la actividad geográfica de los síndromes gripales, utilizando para ello FluNet, un sistema electrónico en línea e interactivo de comunicación de datos, preguntas y mapas (47).

66. Los Centros Colaboradores de la OMS están especializados en análisis antigénicos y genéticos avanzados de los virus de la gripe para monitorizar su evolución y riesgos, actualizar la composición de las vacunas, determinar la sensibilidad a los antivíricos, actualizar y producir los reactivos normalizados utilizados por los Centros Nacionales de Gripe en los análisis de la gripe estacional, y proporcionar asesoramiento y capacitación acerca de los métodos de laboratorio más actuales para diagnosticar la gripe.

## **Creación de capacidades en materia de salud pública**

67. La preparación para las emergencias sanitarias mundiales que propugna el RSI depende en gran medida de la creación y mantenimiento de capacidades básicas en materia de salud pública a nivel local, intermedio y nacional, así como en las fronteras. Aunque cada sistema nacional de salud debe asumir la protección de su población en las emergencias, el mayor valor de las obligaciones impuestas por el RSI en materia de creación de capacidades podría ser en última instancia la mejora de la forma como los países gestionan sus problemas cotidianos de salud pública.

68. El RSI pretende aportar un cierto grado de certidumbre a las respuestas nacionales y mundiales a eventos de salud pública importantes:

- Los países están obligados a notificar a la OMS los eventos de salud pública importantes.
- Se espera que los países intercambien información y cooperen y se coordinen entre sí y con la OMS.
- Los Centros Nacionales de Enlace sirven como puntos designados de coordinación y comunicación.
- Las medidas de respuestas deben basarse en datos científicos y en la demostración de un riesgo para la salud pública, y han de tener en cuenta el asesoramiento técnico de la OMS; los países que decidan aplicar medidas más restrictivas o perturbadoras deben justificarlas adecuadamente.
- Los operadores de medios de transporte y los viajeros esperan y se merecen que todas las medidas de salud pública aplicadas en las fronteras causen los mínimos trastornos posibles imprescindibles para proteger la salud pública.

69. En el presente informe se examina el funcionamiento del RSI, y al mismo tiempo se investiga lo que sucedió durante la pandemia, que fue la primera gran prueba a la que se ha visto sometido el Reglamento. En el capítulo siguiente se describe la evolución cronológica de los acontecimientos que se produjeron en el curso de la pandemia.

## Referencias

1. Lederberg J, Shope RE, Oaks SCJ, eds. Emerging infections. Microbial threats to health in the United States. Washington, DC, National Academy Press, 1992.
2. Sanchez A et al. Reemergence of Ebola virus in Africa. *Emerging Infectious Diseases*, 1995, 1:96–97.doi:10.3201/eid0103.950307 PMID:8903173
3. Heymann D, Kindhauser M, Rodier G. Coordinating the global response. In: SARS: how a global epidemic was stopped. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2006:49–55.
4. Mounts AW et al. Case-control study of risk factors for avian influenza A (H5N1) disease, Hong Kong, 1997. *The Journal of Infectious Diseases*, 1999, 180:505–508.doi:10.1086/314903 PMID:10395870
5. Peiris JS, de Jong MD, Guan Y. Avian influenza virus (H5N1): a threat to human health. *Clinical Microbiology Reviews*, 2007, 20:243–267.doi:10.1128/CMR.00037-06 PMID:17428885
6. Webster RG et al. H5N1 outbreaks and enzootic influenza. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:3–8. PMID:16494709
7. Kalthoff D, Globig A, Beer M. (Highly pathogenic) avian influenza as a zoonotic agent. *Veterinary Microbiology*, 2010, 140:237–245.doi:10.1016/j.vetmic.2009.08.022 PMID:19782482
8. Mahmoud AAF, Lemon SM. Summary and assessment. In: Knobler S et al., eds. Learning from SARS: preparing for the next disease outbreak. Washington, DC, National Academies Press, 2004:1–39.
9. Lee SH. The SARS epidemic in Hong Kong. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:652–654.doi:10.1136/jech.57.9.652 PMID:12933765
10. Heymann DL, Rodier G. SARS: lessons from a new disease. In: Knobler S et al., eds. Learning from SARS: preparing for the next disease outbreak. Washington, DC, National Academies Press, 2004:234–46.
11. Olsen SJ et al. Transmission of the severe acute respiratory syndrome on aircraft. *The New England Journal of Medicine*, 2003, 349:2416–2422.doi:10.1056/NEJMoa031349 PMID:14681507
12. Varia M et al.; Hospital Outbreak Investigation Team. Investigation of a nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Toronto, Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169:285–292. PMID:12925421
13. Lee N et al. A major outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *The New England Journal of Medicine*, 2003, 348:1986–1994.doi:10.1056/NEJMoa030685 PMID:12682352
14. Wong TW et al.; Outbreak Study Group. Cluster of SARS among medical students exposed to single patient, Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10:269–276. PMID:15030696

- 
15. Cetron M et al. Isolation and quarantine: containment strategies for SARS 2003. In: Knobler S et al., eds. *Learning from SARS: preparing for the next disease outbreak*. Workshop summary. Washington, DC, National Academies Press, 2004:71–83.
  16. World Health Organization. IHR brief I: introduction to the IHR (2005). 1 January 2007. <http://www.who.int/ihr/ihrbrief1en.pdf>
  17. Global crises – global solutions. Managing public health emergencies of international concern through the revised International Health Regulations. Geneva, World Health Organization, 2002. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_CDS\\_CSR\\_GAR\\_2002.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_CSR_GAR_2002.4.pdf)
  18. World Health Organization. World Health Assembly 48.7: Revision and updating of the International Health Regulations. 12 May 1995.
  19. World Health Organization. Ten things you need to do to implement the IHR. 2008. <http://www.who.int/ihr/about/10things/en/>
  20. Grein TW et al. Rumors of disease in the global village: outbreak verification. *Emerging Infectious Diseases*, 2000, 6:97–102.doi:10.3201/eid0602.000201 PMID:10756142
  21. Heymann DL, Rodier GR; WHO Operational Support Team to the Global Outbreak Alert and Response Network. Hot spots in a wired world: WHO surveillance of emerging and re-emerging infectious diseases. *The Lancet Infectious Diseases*, 2001, 1:345–353.doi:10.1016/S1473-3099(01)00148-7 PMID:11871807
  22. World Health Organization. Influenza. 25 January 2008. <http://www.who.int/immunization/topics/influenza/en/index.html>
  23. Gessner BD, Shindo N, Briand S. Seasonal influenza epidemiology in sub-Saharan Africa: a systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, 2011, 11:223–235.doi:10.1016/S1473-3099(11)70008-1 PMID:21371656
  24. Influenza vaccines. WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, 2005, 33:279–287.
  25. Influenza pandemic plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning. Geneva, World Health Organization, April 1999. <http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/whocdscsredc991.pdf>
  26. WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Geneva, World Health Organization, 2005. [http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO\\_CDS\\_CSR\\_GIP\\_2005\\_5.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf)
  27. Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document. Geneva, World Health Organization, 25 April 2009. <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance2009/en/index.html>
  28. Bell DM; World Health Organization Writing Group. Non-pharmaceutical interventions for pandemic influenza, national and community measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:88–94. PMID:16494723

29. Bell DM; World Health Organization Writing Group. Non-pharmaceutical interventions for pandemic influenza, international measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:81–87. PMID:16494722
30. Markel H et al. Nonpharmaceutical interventions implemented by US cities during the 1918-1919 influenza pandemic. *The Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:644–654.doi:10.1001/jama.298.6.644 PMID:17684187
31. McLeod MA et al. Protective effect of maritime quarantine in South Pacific jurisdictions, 1918–19 influenza pandemic. *Emerging Infectious Diseases*, 2008, 14:468–470.doi:10.3201/eid1403.070927 PMID:18325264
32. Wilson N et al. Re-evaluating a local public health control measure used in New Zealand for the pandemic influenza of 1918. *The New Zealand Medical Journal*, 2005, 118:U1714. PMID:16258584
33. Ferguson NM et al. Strategies for mitigating an influenza pandemic. *Nature*, 2006, 442:448–452.doi:10.1038/nature04795 PMID:16642006
34. Ferguson NM et al. Strategies for containing an emerging influenza pandemic in Southeast Asia. *Nature*, 2005, 437:209–214.doi:10.1038/nature04017 PMID:16079797
35. Longini IM Jr et al. Containing pandemic influenza at the source. *Science*, 2005, 309:1083–1087.doi:10.1126/science.1115717 PMID:16079251
36. Germann TC et al. Mitigation strategies for pandemic influenza in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2006, 103:5935–5940.doi:10.1073/pnas.0601266103 PMID:16585506
37. Glass RJ et al. Targeted social distancing design for pandemic influenza. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:1671–1681. PMID:17283616
38. Global pandemic influenza action plan to increase vaccine supply. Geneva, World Health Organization, 2006. <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF06/863.pdf>
39. Report of the WHO consultation on surveillance for pandemic influenza. Geneva, Switzerland, 10–12 December 2007. Geneva, World Health Organization, 2009. [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/DecReportFinal2.pdf](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/DecReportFinal2.pdf)
40. World Health Organization. Global surveillance during an influenza pandemic – version 1. 28 April 2009. [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global\\_pandemic\\_influenza\\_surveillance\\_apr09.pdf](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global_pandemic_influenza_surveillance_apr09.pdf)
41. World Health Organization. WHO interim protocol: rapid operations to contain the initial emergency of pandemic influenza. October 2007. [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf)
42. WHO Regional Office for Africa. Regional Pandemic Influenza Preparedness and Response Plan, 2009–2010. 7 May 2009. [http://www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=3762](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3762)

43. WHO Pan American Health Organization. PAHO Strategic and Operational Plan for Responding to Pandemic Influenza 2008–2009. April 2008.  
[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=6308](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6308)
44. Asia-Pacific Strategy for Emerging Diseases (APSED). New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia; Manila, WHO Regional Office for Western Pacific; 23 September 2005.  
<http://203.90.70.117/catalogue/2005-2006/pdf/emergingdiseases/asiapacificstrategyforemergingdiseases.pdf>
45. World Health Organization. WHO Global Influenza Surveillance Network. 2011.  
<http://www.who.int/csr/disease/influenza/surveillance/en/>
46. Briand S, Mounts A, Chamberland M. Challenges of global surveillance during an influenza pandemic. Public Health, 2011. In press.
47. Flahault A et al. FluNet as a tool for global monitoring of influenza on the Web. The Journal of the American Medical Association, 1998, 280:1330–1332.doi:10.1001/jama.280.15.1330  
PMID:9794312

## II. GRIPE PANDÉMICA POR A (H1N1) 2009

### *Resumen*

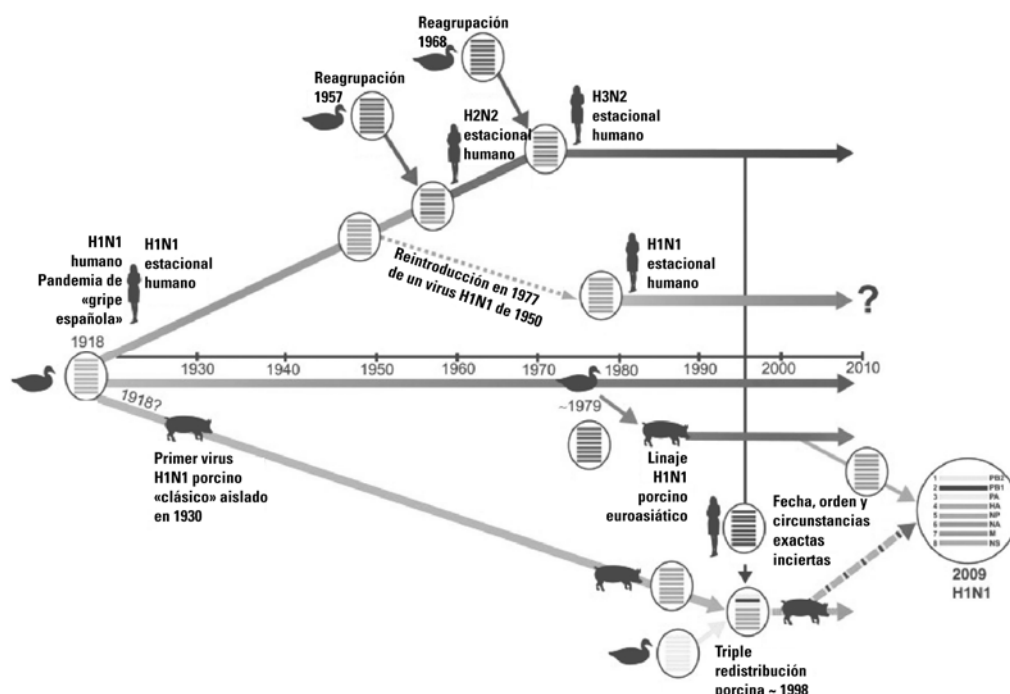
Este capítulo comienza con una visión general de los conocimientos sobre la gripe pandémica por A (H1N1) 2009. Le sigue una descripción cronológica de algunos eventos que ilustran la evolución de la pandemia, desde la aparición del nuevo subtipo del virus hasta el inicio del periodo pospandémico, pasando por las fases de la pandemia y las actividades correspondientes llevadas a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con ello no se pretende relatar exhaustivamente todas las actividades emprendidas en el mundo en relación con la pandemia, sino describir algunos de los eventos clave, y especialmente los relacionados con la labor de la OMS,<sup>1</sup> para ilustrar la secuencia de los acontecimientos.

### **A. Panorámica de la gripe por A (H1N1) 2009**

1. La causa de la primera pandemia de gripe del siglo XXI fue la aparición de un nuevo virus H1N1 a principios de 2009. Las estimaciones de la carga mundial de gripe pandémica por A (H1N1) 2009 proporcionadas por los modelos van de varias decenas de millones hasta 200 millones de casos (1). En agosto de 2010, cuando se anunció la transición de la pandemia al periodo pospandémico, se habían registrado unas 18 500 muertes de casos de gripe pandémica por A (H1N1) 2009 confirmados mediante pruebas de laboratorio (2). No obstante, el número real de muertes atribuibles al virus pandémico podría ser significativamente mayor, dado que muchas personas fallecieron sin que se les practicaran pruebas.
2. La gripe pandémica por (H1N1) 2009 no complicada es una enfermedad autolimitada con síntomas similares a los de la gripe estacional: fiebre, tos, cefalea, algias, dolor de garganta y rinorrea; las náuseas, vómitos y diarrea son más frecuentes que en la gripe estacional. La mayoría de los pacientes con enfermedad no complicada se recuperan en una semana, sin tratamiento. La propagación del virus parece ser similar a la de la gripe estacional: a través de gotículas o aerosoles liberados al hablar, estornudar o toser (3).
3. Además de la enfermedad autolimitada preponderante, el virus (H1N1) 2009 pandémico produjo una serie de cuadros caracterizados por complicaciones graves o mortales. La principal causa de enfermedad grave fue la neumonía vírica con daño pulmonar grave, causante de insuficiencia respiratoria, y a veces de colapso circulatorio e insuficiencia renal (3).
4. Una diferencia llamativa entre la gripe pandémica por (H1N1) 2009 y la gripe estacional fue que la mayor parte de la carga de morbilidad de la primera recayó sobre los grupos más jóvenes. Una posible explicación para esta distribución etaria anómala es la semejanza entre el virus (H1N1) 2009 pandémico y los virus H1N1 similares a los de la gripe de 1918-1919 (figura 2.1). Es posible que los adultos de edad más avanzada tuvieran mayor protección frente al virus de 2009 por haber estado expuestos a virus H1N1 similares a los de la gripe de 1918-1919 en los primeros 60 años del siglo XX (4) (figura 2.1).

---

<sup>1</sup> Aunque hubo eventos en todas las regiones de la OMS, este relato se centra en los que se produjeron en la sede de la Organización.

**Figura 2.1** Evolución del virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico

Evolución del virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico. El virus humano de la «gripe española» de 1918 y el virus A (H1N1) de la gripe porcina «clásica» probablemente hayan evolucionado a partir de un único ancestro adaptado a las aves (lado izquierdo de la figura). Desde 1918, se han acumulado variaciones genéticas en los linajes de virus de la gripe A humanos y porcinos a consecuencia de una reagrupación génica (mostrada de forma explícita en la figura; véase la clave de los segmentos génicos abajo a la derecha) y, gradualmente, a través de mutaciones puntuales (sugerida por la transición gradual del color de las líneas que representan cada uno de los linajes). El virus A (H1N1) 2009 pandémico parece derivar de la reagrupación de varios virus que se sabe que circulan actualmente en los cerdos.

Reproducido de *Microbial Forensics*, 2.<sup>a</sup> edición, Budolwe B et al., eds. Bush RM, Part 2: *Emerging infections, Influenza Forensics*, págs. 109-135. Copyright 2011, con permiso de Elsevier.

5. Las tasas de hospitalización y muerte causadas por el virus (H1N1) 2009 pandémico variaron mucho según el país, a consecuencia de factores tales como la propagación del virus y las diferencias con respecto a las prácticas asistenciales. Las tasas de hospitalización más elevadas correspondieron a los menores de cinco años. Aproximadamente un 9%-31% de los pacientes hospitalizados necesitaron tratamiento en unidades de cuidados intensivos, y un 14%-46% de estos fallecieron (3).

6. El riesgo de infección grave por virus (H1N1) 2009 pandémico fue mayor en los niños pequeños, las embarazadas y las púerperas. El riesgo de enfermedad grave fue mayor en las mujeres infectadas durante el tercer trimestre de la gestación. Los pacientes con afecciones pulmonares o cardíacas crónicas, trastornos neurológicos o inmunodepresión ocasionada por medicamentos o enfermedades también corrieron mayor riesgo de enfermedad grave (3). Hubo indicios de que las personas con obesidad mórbida tenían mayor riesgo de sufrir enfermedad grave por (H1N1) 2009 pandémico, aunque esto no está demostrado (5).

7. En los países de las Américas y el Pacífico las poblaciones indígenas se vieron afectadas de forma desproporcionada por el virus (H1N1) 2009 pandémico porque tenían mayores probabilidades de sufrir enfermedad grave que el resto de la población. Entre las explicaciones propuestas para este fenómeno se encuentran el hacinamiento y la prevalencia de afecciones subyacentes, aunque no se pueden excluir un componente social ni el acceso más limitado a la atención médica (3).

8. El análisis molecular reveló que el virus (H1N1) 2009 pandémico derivaba de virus que habían circulado entre los cerdos durante muchos años; de ahí las referencias a un «virus gripal de origen porcino» y a la «gripe porcina» al principio de la pandemia. Los cerdos pueden infectarse por virus gripales aviares y humanos, además de por virus porcinos, por lo que constituyen «cocteleras» ideales para la generación de nuevos virus derivados de fuentes diferentes. El nuevo virus se produjo mediante un proceso conocido como reagrupación, con varias fases de mezcla de material genético de diferentes tipos de virus a lo largo del último siglo (4). (figura 2.1).

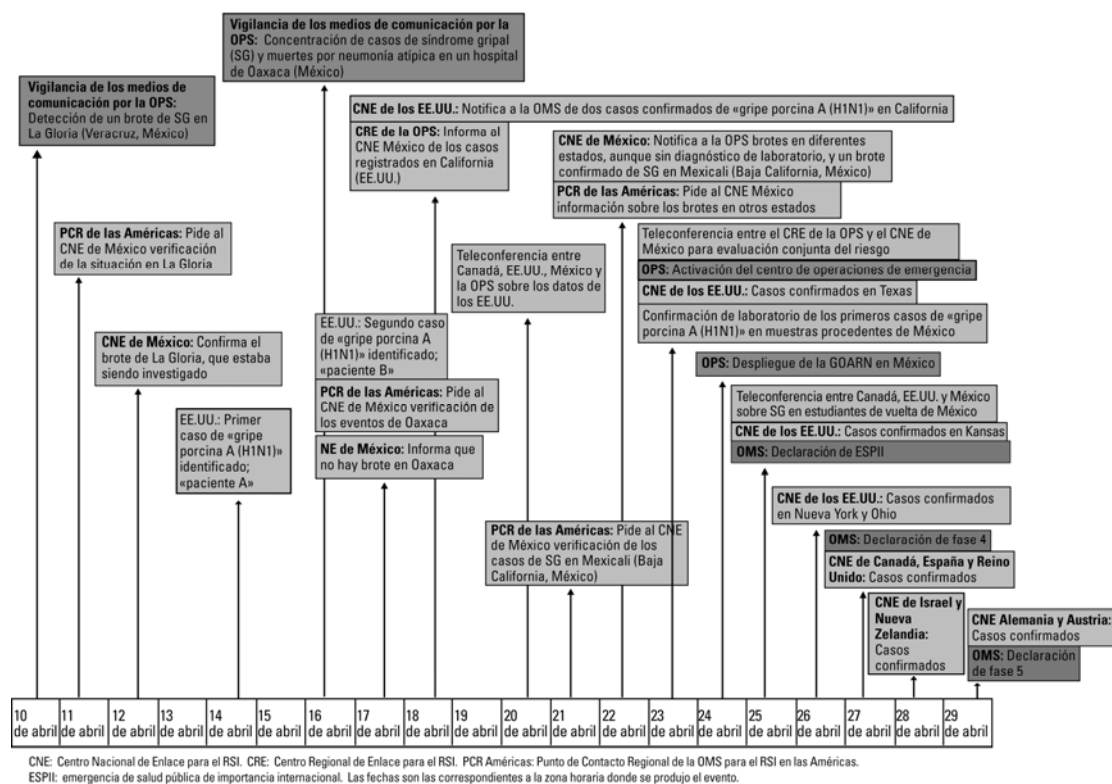
## **B. Aparición y detección del virus**

9. Los primeros casos de lo que ahora se sabe que fueron infecciones por el virus (H1N1) 2009 pandémico ocurrieron en México en febrero y principios de marzo de 2009, cuando el sistema nacional de vigilancia detectó pequeños brotes de síndromes gripales en todo el país. Entonces se creyó que esos brotes formaban parte del final de la estación gripal habitual en México, aunque se observó un notable aumento de la actividad de la enfermedad en comparación con el año anterior. A mediados de marzo la Dirección General de Epidemiología de México emitió una alerta epidemiológica nacional en la que pedía que se reforzara la vigilancia de las enfermedades respiratorias agudas.

10. El 6 de abril de 2009 la vigilancia activa reveló que un brote producido en la comunidad rural de La Gloria (Veracruz), dedicada a la cría de cerdos, había alcanzado la cifra de 444 casos en una población de aproximadamente 2600 habitantes. Los medios locales especularon con la posibilidad de que el brote estuviera relacionado con la contaminación ambiental por los tanques de oxidación de las granjas de cerdos. El sistema de vigilancia de los medios de comunicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) captó estas noticias (figura 2.2). En respuesta a la petición del Centro de Enlace Regional de la OPS hecha el 12 de abril, el Centro Nacional de Enlace de México para el RSI confirmó el brote de La Gloria y comunicó que, según la evaluación del riesgo hecha con el instrumento de decisión del anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (apéndice III, función 2), podría constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional. El Centro Nacional de Enlace también señaló que no había pruebas de una relación entre los casos de síndrome gripal y la cría de cerdos. México compartió esta información con el Canadá y los Estados Unidos de América, de conformidad con los acuerdos trinacionales de colaboración en materia de salud pública y las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI).



**Figura 2.2** Algunos de los primeros eventos de 2009



11. La situación en México evolucionó rápidamente en los días siguientes. El número de casos acumulados en La Gloria siguió aumentando y se observaron otros brotes de enfermedad respiratoria en diversas partes del país. Los medios atribuyeron inicial y equivocadamente a un caso de síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) una muerte por neumonía atípica registrada en Oaxaca (figura 2.2). En una reunión extraordinaria del Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica, los expertos concluyeron que la situación era preocupante, no solo por la elevada frecuencia de los casos, sino también porque los casos graves estaban afectando a personas jóvenes y hasta entonces sanas. El análisis de las muestras reveló la presencia de un virus gripal A que no coincidía con ningún subtipo conocido. El 17 de abril se hizo pública una segunda alerta epidemiológica nacional y se intensificaron los esfuerzos de investigación en todo México (6).

12. Coincidiendo con los brotes de México, a finales de marzo dos niños de condados adyacentes de California meridional (EE.UU.) presentaron enfermedades respiratorias agudas. Ambos se recuperaron sin problemas, pero en ninguno de ellos se pudo identificar el subtipo de gripe A causante. Se enviaron muestras del paciente A, del condado de San Diego, y del paciente B, del condado de Imperial, a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE.UU. para someterlas a un análisis más detallado. A mediados de abril, los CDC establecieron que ambos niños habían sido infectados por un nuevo subtipo de virus gripal A con una dotación génica que sugería un origen porcino - «virus gripal A (H1N1) porcino» - y que no se había detectado antes en el ser humano ni en los animales (7). Se informó de ello a la OMS, a través del Centro Nacional de Enlace, y a México (figura 2.2).

13. Se siguieron identificando otros brotes de enfermedad respiratoria en México. La colaboración entre México, la OPS, el Canadá y los EE.UU. hizo que se enviaran muestras de México al Laborato-

rio Nacional de Microbiología de la Agencia de Salud Pública del Canadá y a los CDC. El 23 de abril, análisis independientes realizados en el Canadá y los EE.UU. confirmaron que el virus gripal A no tipificable aislado en pacientes mexicanos y el «virus gripal A (H1N1) porcino» de los niños californianos eran genéticamente idénticos (8).

14. A primeras horas del 24 de abril (Tiempo Centroeuropeo) se alertó a la OMS, que activó el Centro Estratégico de Operaciones Sanitarias (SHOC) en su sede de Ginebra. El SHOC está permanentemente preparado para servir de centro único de coordinación de la respuesta mundial a crisis agudas de salud pública, tales como los brotes de enfermedades infecciosas o los desastres naturales o causados por el hombre, así como a potenciales emergencias de salud pública de importancia internacional. La Directora General, Dra. Margaret Chan, en viaje hacia Nueva York, fue informada y se dirigió directamente a la sede de la OPS en Washington, DC. Entonces ya se habían confirmado tres nuevos casos en California y dos en Texas, y se estaban investigando otros casos en los EE.UU. En México había cerca de 1000 casos, la mayoría sin confirmar, 59 de ellos mortales (8). La Directora General mantuvo una teleconferencia con altos funcionarios de los CDC y del Departamento de Salud y Servicios Sociales para examinar los casos de los EE.UU.

15. Ese mismo día, en una teleconferencia posterior entre la Directora General, el personal de la Sede en Ginebra, el Ministerio de Salud de México, la OPS y los representantes regionales y de los países, se acordó por unanimidad que la situación parecía constituir una posible emergencia de salud pública de importancia internacional. La OMS inició la selección de los miembros de un Comité de Emergencias a partir de la Lista de Expertos del RSI, de la que forman parte personas designadas por los Estados Miembros, o directamente por la Directora General, de acuerdo con el reglamento de los cuadros de expertos de la OMS. En México se adoptaron medidas para contener la propagación de la enfermedad, empezando por el cierre de las escuelas de México, D.F., que posteriormente se extendió a todo el país. Se cerraron las universidades, cines y museos. Algunos países cancelaron los vuelos a México, mientras que otros detuvieron el comercio. Los países vecinos de América Latina empezaron a emitir alertas sanitarias.

16. El 25 de abril empezaron a celebrarse dos reuniones diarias del Grupo Superior de Políticas de la OMS, que es convocado por el Director General o el Director General Adjunto en función de las necesidades, y cuyo mandato consiste en garantizar que las decisiones sobre las cuestiones de política relacionadas con las emergencias se tomen rápidamente y mediante un proceso fundamentado. El grupo estuvo formado por la Directora General/Director General Adjunto (presidencia), el Director Ejecutivo de la Oficina del Director General, el Subdirector General para Seguridad Sanitaria y Medio Ambiente, el Subdirector General para Acción Sanitaria en las Crisis, los asesores de la Directora General, y funcionarios superiores encargados de la evaluación epidemiológica, la información científica y clínica, las operaciones, el RSI, las vacunas, la comunicación, los asuntos jurídicos y la gestión de la continuidad de las actividades de la OMS. Los objetivos de esas reuniones consistieron en presentar los aspectos más destacados del informe diario sobre la situación; llamar la atención hacia los temas que exigían decisiones de políticas, y enumerar los temas principales que necesitaban seguimiento e identificar a los responsables de llevarlo a cabo. Se enviaron actas oficiales de cada reunión a todos los miembros del Grupo, a los Subdirectores Generales y a los Directores Regionales.

17. La OMS era entonces objeto de gran interés para los medios, especialmente por saber si declararía la primera emergencia de salud pública de importancia internacional. En la primera reunión del Comité de Emergencias sus miembros tuvieron que decidir si la situación constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional y si era necesario elevar la fase de alerta pandémica. Desde 1999 la OMS ha venido proporcionando asesoramiento sobre la preparación para una gripe pandémica. Parte de esas orientaciones consistían en la definición de las fases de la pandemia para ayudar a los Estados Miembros a responder adecuada y eficazmente a la percepción del nivel de pro-

pagación de un nuevo virus circulante. Las orientaciones más recientes se habían publicado en 2005, aunque posteriormente se habían revisado y actualizado, en parte para armonizarlas con el RSI. Los brotes de México y los EE.UU. coincidieron con la finalización de esa actualización de las orientaciones, que se publicaron en el sitio web de la OMS el 25 de abril de 2009.

### **C. Declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional**

18. El Comité de Emergencias se reunió por vez primera en la tarde del 25 de abril. Con la excepción de una reunión que se hizo por correo electrónico en septiembre, todas las demás se realizaron por teleconferencia. De acuerdo con la práctica habitual de la OMS con respecto a los comités consultivos de expertos, no se hizo pública la identidad de los miembros del Comité de Emergencias. Después de haber recibido datos detallados de los representantes de los países sobre la evolución de la situación en México y en los EE.UU., el Comité concluyó por consenso que se estaba ante una emergencia de salud pública de importancia internacional, pero que el nivel de alerta de pandemia debería mantenerse en la fase 3. El Comité destacó que era necesaria información más pormenorizada sobre la epidemiología, la virología y las características clínicas de este nuevo virus antes de que pudiera proporcionar nuevas orientaciones. De conformidad con el RSI, los miembros del Comité aconsejaron a la Directora General que anunciara la emergencia de salud pública de importancia internacional (apéndice III, función 5). En consecuencia, cuando la Directora General anunció la emergencia de salud pública de importancia internacional ese mismo día, recomendó que «todos los países deben intensificar la vigilancia de brotes inusuales de síndromes gripales y neumonía grave» (9).

19. Solo dos días después de la primera reunión del Comité de Emergencias, el virus se había extendido en México y los EE.UU., y se habían confirmado nuevos casos en el Canadá, España y el Reino Unido. Además había casos sospechosos de infección por virus (H1N1) 2009 pandémico en varios otros países del mundo. Reunido nuevamente el 27 de abril, el Comité de Emergencias debatió si la situación justificaba un cambio de fase. Aunque los datos seguían siendo incompletos, hubo consenso sobre la necesidad de pasar a la fase 4. Otras orientaciones del Comité de Emergencias a la Directora General fueron las referentes a la imposibilidad de contener el brote, es decir, de detener una mayor propagación del virus, y a la necesidad de centrar la atención en la mitigación; a la ineficacia de los cierres de fronteras y de las restricciones a los viajes internacionales, y a la necesidad de seguir produciendo vacunas contra la gripe estacional y de que, al mismo tiempo, la OMS facilitara el proceso de desarrollo de una vacuna eficaz frente al nuevo subtipo.

20. Esa misma noche, en una conferencia de prensa, Keiji Fukuda, Subdirector General interino para Seguridad Sanitaria y Medio Ambiente, confirmó los detalles de la declaración que acababa de hacer la Directora General, en la que la Dra. Chan había señalado que: «El cambio a una fase más elevada de alerta de pandemia indica que la probabilidad de que se declare una pandemia ha aumentado, pero no que la pandemia sea inevitable. A medida que se disponga de más información, la OMS podría decidir el regreso a la fase 3 o el aumento del nivel de alerta a otra fase.» (10)

21. En la conferencia de prensa, el Dr. Fukuda dio más detalles sobre las orientaciones del Comité de Emergencias acerca de las recomendaciones temporales. Como explicó a los periodistas, una de las consideraciones a la hora de declarar la fase 4 fue si las medidas para detener o contener la propagación del virus se podrían utilizar de forma útil. La contención rápida de un nuevo virus gripal implicaría medidas como la cuarentena, el uso terapéutico y profiláctico de antivíricos en personas afectadas y no afectadas, respectivamente, y estrategias de reducción de la exposición, como el distanciamiento social (11). El Dr. Fukuda explicó que el virus ya se había propagado demasiado para que la conten-

ción fuera viable. Así pues, se recomendó que la acción se centrara en la mitigación, a través de actividades como las destinadas a garantizar que las personas tuvieran la información necesaria para protegerse a sí mismas y a sus comunidades de las consecuencias más graves de la infección. El Dr. Fukuda añadió que «La Directora General ha recomendado que no se cierren las fronteras ni se impongan restricciones a los viajes internacionales; no obstante, se ha considerado prudente que las personas que estén enfermas aplacen sus viajes internacionales y que los viajeros de retorno de cualquier parte del mundo que se encuentren enfermos busquen atención médica de acuerdo con las orientaciones de las autoridades de su país.» (12)

22. El 28 de abril, a los países en los que el nuevo virus ya estaba circulando, se habían añadido otros 18 países con casos sospechosos de infección, y dos (Israel y Nueva Zelanda) con casos confirmados mediante pruebas de laboratorio. A menudo la introducción del virus en nuevos países pudo relacionarse con la vuelta a casa de viajeros infectados. El cambio de fase y el aumento de las infecciones en el mundo volcaron aún más la atención de los medios hacia la OMS. Desde las primeras horas del 24 de abril hubo algún responsable de comunicación de la OMS presente día y noche en el SHOC, y la OMS movilizó a decenas de voluntarios internos para que ayudaran en las actividades de comunicación.

23. La situación evolucionó rápidamente en las 24 horas siguientes. El 29 de abril se habían confirmado 148 casos de gripe por (H1N1) 2009 en nueve países y había muchos más que estaban siendo investigados (13). Ese día se conoció la primera muerte fuera de México: la de un niño en Texas. La Dra. Chan mantuvo una teleconferencia con el presidente, el vicepresidente y el relator del Comité de Emergencias. Todos estuvieron de acuerdo en que, técnicamente, ya se había llegado a la fase 5, dado que había transmisión de persona a persona en dos países de una región de la OMS. Se acordó que el anuncio público del cambio de fase se haría después de haber informado a la totalidad del Comité de Emergencias. Uno de los motivos de esta decisión consistió en hacer hincapié en la necesidad de que los países que todavía no estaban afectados pusieran en práctica sus planes nacionales de contingencia o de preparación para una pandemia de gripe e intensificaran las medidas de vigilancia.

24. En una conferencia de prensa celebrada el 29 de abril por la tarde, la Dra. Chan destacó que el comportamiento de un nuevo virus gripal era, por definición, mal conocido e imprevisible, pero también observó que la labor concertada con respecto a los planes de preparación para una pandemia significaba que el mundo estaba en mejor situación que nunca para hacer frente a la amenaza. «Ante todo», dijo, «es una oportunidad para la solidaridad mundial en la búsqueda de respuestas y soluciones que benefician a todos los países, a la humanidad entera. Ciertamente, es la humanidad entera la que está amenazada durante una pandemia.» (14)

## **D. Movilización de antivíricos y vacunas**

25. La emergencia de salud pública de importancia internacional influyó tanto en el orden del día como en el formato de la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2009. La reunión se abrevió para que las autoridades sanitarias no estuvieran alejadas de sus responsabilidades nacionales durante mucho tiempo. En Ginebra se establecieron medidas detalladas para tratar a cualquier delegado que manifestara síntomas de síndrome gripal. «Es posible que este virus nos haya concedido un periodo de gracia, pero no sabemos cuánto durará. Nadie puede decir si esto no es más que la calma antes de la tormenta», dijo la Dra. Chan al comienzo de la Asamblea de la Salud, el 18 de mayo (15) (figura 2.3).

**Figura 2.3** Nueva gripe por A (H1N1). Número de casos confirmados mediante pruebas de laboratorio y número de muertes, según lo notificado a la OMS. Situación a fecha del 18 de mayo de 2009, 16.00 TMG



Mapa producido el 18 de mayo de 2009, a las 17.25 TMG

Las denominaciones empleadas en este mapa y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

WHO 11.17

26. La Asamblea de la Salud ofreció la oportunidad de que el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, y la Dra. Chan se reunieran con cerca de 30 fabricantes de productos farmacéuticos para debatir sobre la necesidad de equidad y justicia en el acceso de los países en desarrollo a las vacunas. Los objetivos simultáneos de que los pacientes afectados por el virus tuvieran acceso a la medicación y de que las personas no afectadas tuvieran acceso a las vacunas fueron componentes esenciales de la movilización de recursos por parte de la OMS desde el inicio de la emergencia.

27. Antes de la Asamblea de la Salud, la Directora General había señalado los retos que planteaban estas metas cuando se dirigió a la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante videoconferencia. «Seré franca. Aunque ha aumentado mucho, la capacidad mundial de fabricación sigue siendo insuficiente para producir antivíricos y vacunas antipandémicas suficientes para proteger a la totalidad de la población mundial a tiempo. Esa es la realidad. Pero podemos obtener datos para orientar el uso sensato y focalizado de estas intervenciones, conservar los suministros y, en el caso de los antivíricos, reducir el riesgo de farmacoresistencia. Una pandemia de gripe es un fenómeno mundial que exige una solidaridad mundial. Como funcionario principal técnico y administrativo de la OMS, es parte de mi trabajo hacer todo lo posible para que los países en desarrollo no queden desprotegidos. Es mi deber contribuir a lograr que algunas personas no se queden sin ayuda simplemente por haber nacido en un determinado lugar. Estoy trabajando enérgica y constantemente con la industria farmacéutica para garantizar el acceso a medicamentos y vacunas antipandémicas asequibles en caso de necesidad.» (16)

28. Desde los primeros días de la emergencia de salud pública de importancia internacional, los científicos norteamericanos habían determinado que el nuevo virus era resistente a los antivíricos más antiguos (amantadina y rimantadina), pero sensible a los más recientes (oseltamivir y zanamivir). A medida que el virus (H1N1) 2009 pandémico se fue extendiendo, muchos países pudieron crear reservas nacionales de antivíricos. Para los países que no pudieron conseguir esas reservas, la OMS puso a

su disposición reservas de emergencia de oseltamivir. Inmediatamente después de la declaración de la fase 5 de alerta pandémica, la OMS empezó a enviar tres millones de dosis del fármaco a México y a otros 71 países de bajos ingresos identificados de antemano. En un mes se había distribuido esta reserva para una respuesta rápida, y la OMS estaba preparada para hacer otros envíos en el curso de la pandemia; posteriormente algunos países de ingresos elevados donaron antivíricos para la respuesta mundial. Además, la OMS pudo aprovechar su programa de precalificación de medicamentos para ampliar el suministro de oseltamivir y zanamivir genéricos. Este programa comenzó en 2001 para facilitar la adquisición a gran escala de medicamentos esenciales por parte de los organismos internacionales de adquisición, tales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, medicamentos esos que posteriormente son distribuidos en los países de escasos recursos. El programa garantiza que los medicamentos suministrados por los organismos de adquisición para las enfermedades prioritarias tengan niveles aceptables de calidad, seguridad y eficacia.

29. Como la OMS disponía de una reserva planificada de antemano, le fue posible distribuir rápidamente los antivíricos a los países. En cambio, pasarían muchos meses antes de que se desarrollara una vacuna anti-H1N1. Durante las primeras semanas de la emergencia de salud pública de importancia internacional se estableció que la inmunidad proporcionada por la vacunación contra la gripe estacional no protegería de la infección por el virus (H1N1) 2009 pandémico. Dada la velocidad con la que el virus se estaba transmitiendo en todo el mundo, el reto consistía en crear, fabricar, distribuir y administrar una nueva vacuna eficaz y segura en tiempo récord.

30. La OMS se reunió con representantes de la industria farmacéutica mundial para determinar si las empresas estaban en condiciones de participar en el desarrollo y fabricación de una nueva vacuna sin comprometer la producción de la vacuna antigripal estacional. A finales de mayo la OMS había definido las características del nuevo virus que iban a constituir la base del desarrollo de la vacuna. Gracias a la coordinación mundial entre las diferentes partes implicadas, los progresos iniciales fueron rápidos y en cuestión de semanas se había iniciado la producción de cepas vacunales de siembra. Los gobiernos nacionales realizaron rápidamente los preencargos, y las primeras vacunas estaban disponibles cinco meses después.

31. Los suministros de vacunas fueron inicialmente escasos. La fabricación de la mayoría de las vacunas antigripales depende del crecimiento de la cepa en huevos de gallina. El rendimiento fue bajo porque las cepas no crecían bien en este medio. Otros obstáculos en fases posteriores del proceso de producción retrasaron aún más la producción y distribución de la vacuna antipandémica. La OMS identificó los grupos que se debían vacunar de forma prioritaria, tales como los profesionales sanitarios.

32. Cuando los suministros de vacuna habían aumentado lo suficiente, el interés y la preocupación del público habían decaído en algunos países. Además, los análisis habían revelado que en la mayoría de las situaciones bastaba una dosis de la vacuna, en vez de las dos previstas inicialmente, para obtener una respuesta de anticuerpos adecuada. En consecuencia, algunos países se encontraron con lotes sin utilizar. Pero si en algunas zonas del mundo hubo un excedente, muchas poblaciones tuvieron un acceso escaso o nulo a la vacuna durante toda la pandemia.

## **E. Declaración de la pandemia**

33. El 11 de mayo, menos de tres semanas después de la declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional, la OMS publicó en su sitio web información sobre la evaluación de la gravedad de una epidemia de gripe (17). Ahí se decía que: «Con la excepción del brote de México, que todavía no está totalmente esclarecido, este virus H1N1 tiende a causar enfermedad muy leve en

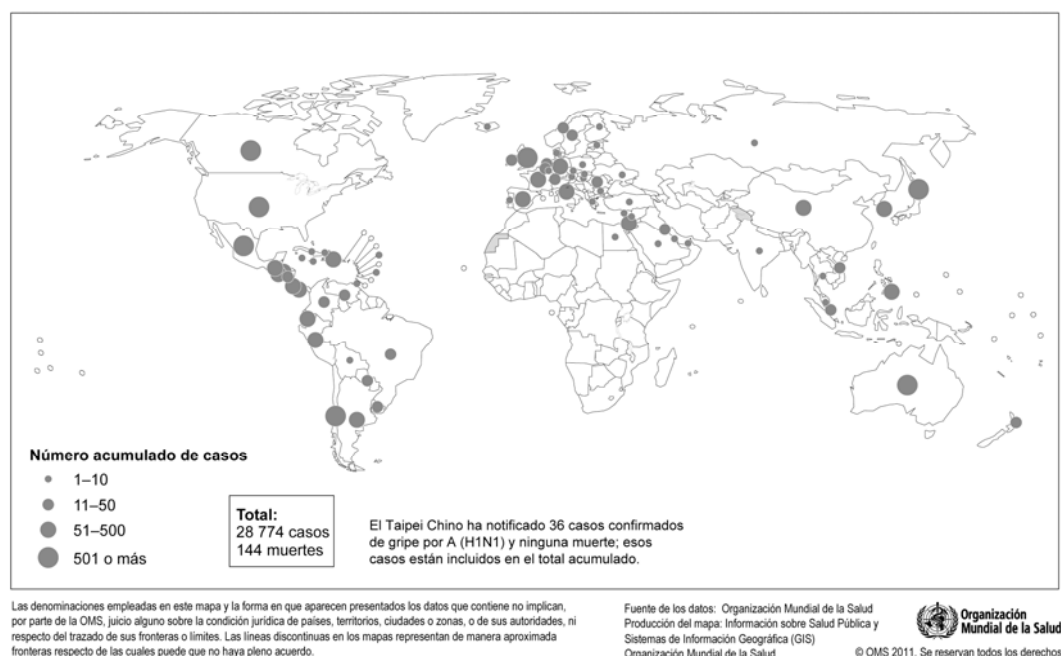
personas sin otras enfermedades. Fuera de México, casi todos los casos (y todos los casos mortales) se han registrado en personas con afecciones crónicas subyacentes. Los dos brotes mayores y mejor documentados que se han registrado hasta ahora, el de México y el de los Estados Unidos de América, han afectado a un grupo de edad más joven que las epidemias de gripe estacional. Aunque se han confirmado casos en todos los grupos de edad, desde los lactantes hasta los ancianos, una característica llamativa de estos brotes iniciales consiste en la juventud de los pacientes con infecciones graves o mortales.»

34. Hacia finales de mayo de 2009, las actividades de la OMS empezaron a cambiar de una respuesta a una emergencia aguda a una respuesta basada en las estructuras programáticas normales de la Organización. La Directora General y altos representantes de la Organización mantuvieron contactos estrechos con los países para monitorizar los eventos sobre el terreno y los planes de preparación. Una preocupación especial consistió en lograr que los Estados Miembros con sistemas de atención de salud más frágiles pudieran hacer frente a la declaración de la fase 6.

35. A principios de junio seguían produciéndose infecciones en el hemisferio norte y había notificaciones de actividad en el hemisferio sur, sobre todo en Sudamérica y Australia. El 9 de junio, 73 países habían notificado a la OMS 26 563 casos confirmados mediante pruebas de laboratorio. En un ambiente de especulaciones sobre la declaración inminente de una pandemia, el Dr. Fukuda declaró a los medios: «Quiero señalar que el paso a la fase 6 significaría que la propagación del virus ha continuado y que la actividad se ha establecido al menos en dos regiones del mundo. Pero eso no quiere decir que la gravedad de la situación haya aumentado ni que haya habido un incremento del número ni de la tasa de casos de enfermedad grave, en comparación con la situación actual.» Y prosiguió: «Se podría pensar que el ascenso de un peldaño más en la escala supondría una mayor inquietud, pero en realidad lo que significa es que nos encontramos ante una mayor propagación del virus. Estamos colaborando con diferentes grupos para asegurarnos de que se entiende este tipo de mensajes, así como la diferencia entre la gravedad y la extensión geográfica. Como hemos comentado la semana pasada, hemos examinado la situación y considerado que el impacto en los países es relativamente moderado, y esto, lo repito, es un aspecto crítico.» (18)

36. El 11 de junio el Comité de Emergencias celebró por teleconferencia una nueva reunión, convocada una semana antes, para examinar los resultados de un debate panregional sobre la gravedad de la enfermedad. A la luz de los datos más actualizados de los países que estaban soportando la mayor carga de morbilidad (figura 2.4) y de los que estaban empezando a sufrir casos de gripe por (H1N1) 2009, el Comité de Emergencias dio el parecer unánime de que había llegado el momento de elevar la alerta a la fase 6, es decir, de declarar la pandemia, de conformidad con las orientaciones de la OMS.

**Figura 2.4** Nueva gripe por A (H1N1). Número de casos confirmados mediante pruebas de laboratorio, según lo notificado a la OMS. Situación a fecha del 11 de junio de 2009, 14.00 TMG

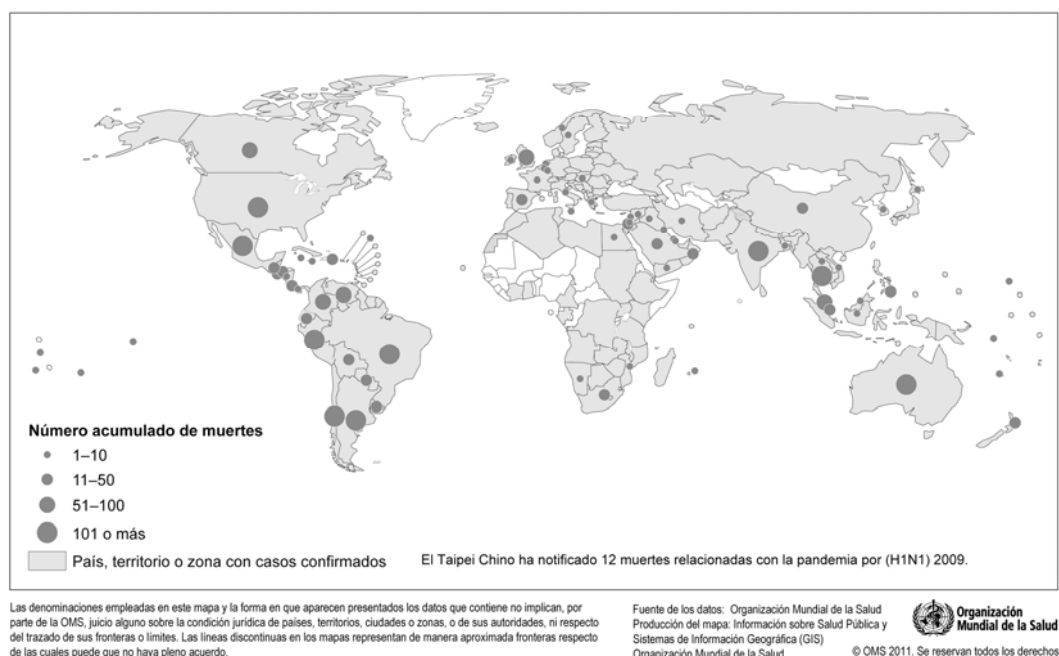


37. Dirigiéndose a los medios en la tarde del 11 de junio, la Directora General anunció: «El mundo se encuentra ahora en el inicio de la pandemia de gripe de 2009. Estos son los primeros días de la pandemia, y el virus se propaga bajo estrecha y minuciosa vigilancia. Ninguna pandemia había sido detectada antes con tanta precocidad ni había sido observada tan de cerca, en tiempo real y desde su inicio. El mundo puede cosechar ahora los beneficios de las inversiones que ha realizado durante los últimos cinco años preparándose para la pandemia. Salimos desde una posición destacada, y ello nos fortalece. Pero por otra parte, ello también genera una demanda de asesoramiento y de garantías, cuando en realidad disponemos de pocos datos y la incertidumbre científica es considerable.» (19). Y prosiguió: «Tenemos buenas razones para considerar que, a escala mundial, la gravedad de esta pandemia, al menos en sus primeros días, será moderada. Pero sabemos por experiencia que la gravedad puede variar en función de muchos factores, y de un país a otro. Los datos disponibles indican que la inmensa mayoría de los pacientes presentan síntomas leves y se recuperan completamente y con rapidez, a menudo sin haber recibido tratamiento médico.» A lo que añadió que todos los países deberían permanecer vigilantes, estuvieran afectados o no.

38. Durante los tres meses siguientes, el virus (H1N1) 2009 pandémico siguió propagándose por el mundo. En septiembre, los EE.UU. notificaban una actividad gripal superior a la que sería de esperar con la gripe estacional. En Europa y Asia central, la actividad gripal era generalmente baja, con brotes localizados en varios países. El Japón tenía una actividad gripal por encima del umbral epidémico estacional. En las zonas tropicales de las Américas y en Asia la transmisión de la gripe seguía activa, especialmente en Asia meridional y sudoriental, y en Bangladesh y la India se notificaba un aumento de las enfermedades respiratorias. En las zonas templadas del hemisferio sur la actividad gripal estaba disminuyendo a los niveles estacionales esperados (figura 2.5). La vigilancia continua de laboratorio indicaba que el virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico se había convertido en el virus gripal circulante predominante en todo el mundo (20).



**Figura 2.5** Pandemia por (H1N1) 2009. Países, territorios y zonas con casos confirmados mediante pruebas de laboratorio y número de muertes notificadas a la OMS. Situación a fecha del 20 de septiembre de 2009



39. El Comité de Emergencias mantuvo por correo electrónico su quinta reunión, que terminó el 23 de septiembre. De acuerdo con su apreciación de la situación, aconsejó que se mantuvieran las recomendaciones temporales siguientes:

- los países no deben cerrar sus fronteras ni restringir el tráfico y el comercio internacionales;
- hay que intensificar la vigilancia de los síndromes gripales inusuales y de la neumonía grave;
- en caso de enfermedad, la prudencia aconseja aplazar los viajes internacionales, y en caso de enfermedad después de un viaje se debe buscar atención.

40. Pese a que se recomendó invariablemente que no se impusieran restricciones al tráfico ni al comercio a lo largo de toda la emergencia de salud pública de importancia internacional, no siempre se siguió este consejo. México había sufrido pesadas sanciones económicas, especialmente al principio de la emergencia. Varios países prohibieron la importación de carne de cerdo de México, los EE.UU. y el Canadá, pese a las garantías de las organizaciones internacionales de que la carne de cerdo no era una fuente de infección por virus (H1N1) 2009 pandémico. Se tomaron medidas para cambiar el nombre del virus, pues se consideró que el uso de términos como «gripe porcina» podía crear malentendidos (recuadro 2.1).

## Recuadro 2.1 Denominación del virus

Inicialmente los medios de comunicación y algunos expertos le llamaron virus de la «gripe porcina» porque contenía genes de virus de la gripe porcina, más que de virus de la gripe humana. Pronto se puso en cuestión esta denominación, sobre todo por parte de los expertos en sanidad animal, dado que no parecía haber una amplia circulación del virus entre los animales, y en particular entre los cerdos, mientras que sí estaba circulando ampliamente entre las personas.

Además, el nombre estaba teniendo algunas repercusiones innecesarias y negativas en el comercio y la sanidad animal. Algunos países prohibieron la importación de cerdos vivos y de carne de cerdo y otros productos del cerdo desde los países en los que había casos humanos. En un país se ordenó el sacrificio de toda la cabaña porcina nacional. Sin embargo, no había datos que mostraran un aumento del riesgo de infección debido a la exposición al ganado porcino ni a los productos del cerdo.

El 9 de junio de 2009, en una reunión informativa con los medios de comunicación, la OMS reiteró que la carne de cerdo era segura y no suponía un peligro para las personas. Además, señaló que la denominación del virus en relación con una zona geográfica, como había ocurrido con virus anteriores, podría ser causa de estigmatización y que la Organización estaba colaborando con los asociados para resolver la cuestión de la denominación.

El 15 de junio de 2009 la OMS organizó una teleconferencia con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) en la que participaron eminentes virólogos especializados en gripe animal y humana con el fin de encontrar para el virus y la enfermedad un nombre aceptable desde el punto de vista científico y no estigmatizante. El nombre acordado por los participantes fue el de «virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico».

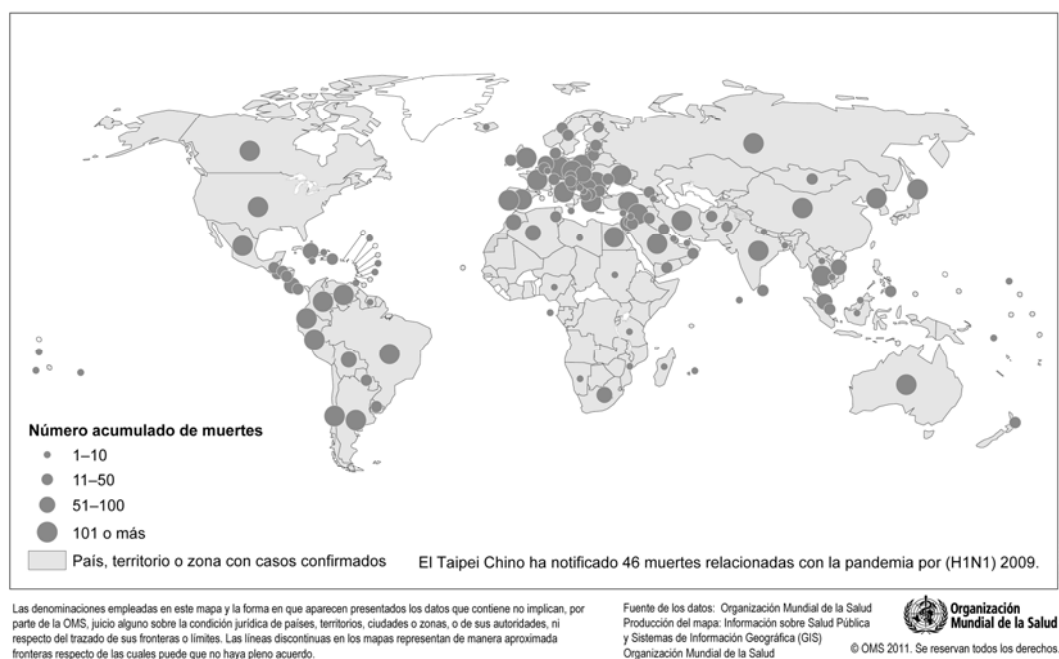
41. El Comité de Emergencias volvió a reunirse el 26 de noviembre para decidir si renovaba las recomendaciones temporales. Sus miembros acordaron unánimemente renovar las recomendaciones, cambiando únicamente la tercera para que dijera: «En caso de enfermedad, la prudencia aconseja aplazar los viajes internacionales.» En la reunión siguiente del Comité de Emergencias, celebrada el 23 de febrero de 2010, se acordó que se debía modificar la segunda recomendación temporal para advertir a los países de la necesidad de «mantener», en vez de «intensificar», la vigilancia de los síndromes gripales inusuales y de la neumonía grave.

42. Cuando el Comité de Emergencias se volvió a reunir, a principios de junio de 2010, el análisis epidemiológico indicó que el periodo de actividad más intensa del virus (H1N1) 2009 pandémico probablemente hubiera pasado ya en la mayoría de las zonas del mundo. No había pruebas de un inicio precoz de la estación gripal invernal en el hemisferio sur; no obstante, se consideró que era demasiado pronto para ser complacientes, y el Comité de Emergencias indicó a la Directora General que era de esperar que la gripe pandémica siguiera y que era imperativo que los países permanecieran vigilantes y mantuvieran las medidas necesarias de salud pública para el control de la enfermedad, así como la vigilancia del virus y de la enfermedad.

## F. La fase pospandémica

43. El 10 de agosto de 2010, fecha en que el Comité de Emergencias celebraba su reunión final, en todo el mundo más de 214 países y territorios de ultramar o comunidades habían notificado casos de gripe pandémica por virus (H1N1) (figura 2.6).

**Figura 2.6** Pandemia por (H1N1) 2009. Países, territorios y zonas con casos confirmados mediante pruebas de laboratorio y número de muertes notificadas a la OMS. Situación a fecha del 1 de agosto de 2010



44. El Comité de Emergencias basó su evaluación en la situación mundial, si bien señaló que un número reducido de países seguía experimentando epidemias intensas de gripe causadas en gran parte por el virus pandémico (H1N1) 2009. Los datos indicaban que a escala mundial la gripe estaba adquiriendo características de transmisión estacional; la gripe por virus (H1N1) 2009 parecía haber «completado su curso» y probablemente el agente causal seguiría circulando durante varios años y adoptaría las características de un virus estacional.

45. Por consiguiente, el Comité de Emergencias estuvo de acuerdo en que la situación mundial de la gripe ya no representaba un evento extraordinario que exigiera medidas de emergencia a escala internacional. El Comité comunicó a la Directora General que el mundo ya no estaba en la fase pandémica 6 y que la emergencia de salud pública de importancia internacional, junto con las recomendaciones temporales adoptadas en respuesta a esta, debían terminar.

46. En una conferencia de prensa celebrada después de la reunión del Comité de Emergencias, la Dra. Chan señaló: «Las pandemias son imprevisibles y tienden a dar sorpresas. Nunca ocurre que dos pandemias sean iguales. Con esta pandemia hemos sido mucho más afortunados de lo que temíamos hace poco más de un año. Por esta vez nos ha ayudado la suerte; durante la pandemia el virus no mutó a una forma más letal ni surgió una resistencia generalizada al oseltamivir. La vacuna resultó eficaz contra los virus circulantes y mostró excelentes características de seguridad, gracias a la extensa preparación y el gran apoyo de la comunidad internacional.» (21).

47. Desde el final de la fase 6, el virus gripal (H1N1) 2009 ha seguido circulando por todo el mundo y hasta la fecha ha dado indicios de una transmisión más parecida a la de los virus de la gripe estacional.

## Referencias

1. Girard MP et al. The 2009 A (H1N1) influenza virus pandemic: a review. *Vaccine*, 2010, 28:4895–4902.doi:10.1016/j.vaccine.2010.05.031 PMID:20553769
2. World Health Organization. Disease Outbreak News: Pandemic (H1N1) 2009 – update 112. 6 Aug 2010. [http://www.who.int/csr/don/2010\\_08\\_06/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2010_08_06/en/index.html)
3. Bautista E et al. Writing committee of the WHO consultation on clinical aspects of pandemic (H1N1) 2009 influenza. Clinical aspects of pandemic 2009 influenza A (H1N1) virus infection. *The New England Journal of Medicine*, 2010, 362:1708–1719.doi:10.1056/NEJMra1000449 PMID:20445182
4. Bush R. Influenza forensics. In: Budolwe B et al, eds. *Microbial forensics*, 2<sup>nd</sup> ed. London, Academic Press, 2011:109–35.
5. Huttunen R, Syrjänen J. Obesity and the outcome of infection. *The Lancet Infectious Diseases*, 2010, 10:442–443.doi:10.1016/S1473-3099(10)70103-1 PMID:20610324
6. Outbreak of swine-origin influenza A (H1N1) virus infection – Mexico, March–April 2009. 58(17):467-70. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2009, 58(17):467-470.
7. Swine influenza A (H1N1) infection in two children – Southern California, March–April 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2009, 58:400–402. PMID: 19390508
8. World Health Organization. Disease Outbreak News: Influenza-like illness in the United States and Mexico – update 1. 24 April 2009. [http://www.who.int/csr/don/2009\\_04\\_24/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html)
9. World Health Organization. Statement by Director-General, Dr Margaret Chan. Swine influenza. 25 April 2009. [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1\\_20090425/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090425/en/index.html)
10. World Health Organization. Statement by Director-General, Dr Margaret Chan. Swine influenza. 27 April 2009. [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1\\_20090427/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090427/en/index.html)
11. World Health Organization. WHO interim protocol: rapid operations to contain the initial emergency of pandemic influenza. October 2007. [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf)
12. World Health Organization. Transcript of virtual press conference with Dr Keiji Fukuda, Assistant Director-General ad interim for Health Security and Environment. 27 April 2009. [http://www.who.int/mediacentre/swineflu\\_presstranscript\\_2009\\_04\\_27.pdf](http://www.who.int/mediacentre/swineflu_presstranscript_2009_04_27.pdf)
13. World Health Organization. Disease Outbreak News: Influenza A(H1N1) - update 5. 29 April 2009. [http://www.who.int/csr/don/2009\\_04\\_29/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2009_04_29/en/index.html)
14. World Health Organization. Statement by Director-General, Dr Margaret Chan. Influenza A(H1N1). 29 April 2009. [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1\\_20090429/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090429/en/index.html)

15. World Health Organization. Statement by Director-General, Dr Margaret Chan. Concern over flu pandemic justified. 18 May 2009.  
[http://www.who.int/dg/speeches/2009/62nd\\_assembly\\_address\\_20090518/en/](http://www.who.int/dg/speeches/2009/62nd_assembly_address_20090518/en/)
16. World Health Organization. Statement by Director-General, Dr Margaret Chan. H1N1 influenza situation. 4 May 2009.  
[http://www.who.int/dg/speeches/2009/influenza\\_a\\_h1n1\\_situation\\_20090504/en/](http://www.who.int/dg/speeches/2009/influenza_a_h1n1_situation_20090504/en/)
17. World Health Organization. Assessing the severity of an influenza pandemic. 11 May 2009.  
[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease\\_swineflu\\_assess\\_20090511/en/](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/en/)
18. World Health Organization. Transcript of virtual press conference with Dick Thompson, Communications office, and Dr Keiji Fukuda, Assistant Director-General ad interim for Health Security and Environment. 9 June 2009.  
[http://www.who.int/mediacentre/influenzaAH1N1\\_presstranscript\\_20090609.pdf](http://www.who.int/mediacentre/influenzaAH1N1_presstranscript_20090609.pdf)
19. World Health Organization. Statement by Director-General, Dr Margaret Chan. World now at the start of 2009 influenza pandemic. 11 Jun 2009.  
[http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1\\_pandemic\\_phase6\\_20090611/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/)
20. World Health Organization. Disease Outbreak News: Pandemic (H1N1) 2009 – update 66. 18 September 2009. [http://www.who.int/csr/don/2009\\_09\\_18/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2009_09_18/en/index.html)
21. World Health Organization. Statement by Director-General, Dr Margaret Chan. H1N1 in post-pandemic period. 10 Aug 2010.  
[http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1\\_vpc\\_20100810/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1_vpc_20100810/en/)

### III. GESTIÓN DE LA RESPUESTA MUNDIAL

#### *Resumen*

En el presente capítulo se describe y evalúa el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y la función de la Organización Mundial de la Salud en la gestión de la respuesta mundial a la pandemia de gripe por virus A (H1N1) 2009. Se analizan ocho funciones del RSI junto con la evaluación de su eficacia, efectuada por el Comité de Examen, desde que el Reglamento entró en vigor.

Se describe la función de la OMS y de los países en la preparación prepandémica, y se enuncian y analizan las principales actividades de la respuesta a la pandemia de 2009. Esas actividades son la vigilancia desde el brote inicial hasta el periodo pospandémico; la evaluación continua de la gravedad; las intervenciones (farmacéuticas y de otro tipo) y las orientaciones técnicas. El capítulo finaliza con un análisis de las comunicaciones de la Organización durante la pandemia, de las operaciones internas a la información pública.

#### **A. Aplicación y evaluación del Reglamento Sanitario Internacional**

1. La historia y el desarrollo del Reglamento Sanitario Internacional se describen con pormenores en el capítulo 1. Sus funciones se describen en el apéndice III del presente informe.
2. En 2010, el Consejo Ejecutivo de la OMS aceptó la propuesta de la Directora General en el sentido de que el RSI se sometiera a examen, a tenor del artículo 54 del RSI. Dicho artículo prescribe que se lleve a cabo un examen regular del RSI, incluidos los estudios emprendidos para evaluar el funcionamiento del anexo 2 del RSI, que es el instrumento de decisión para notificar a la Organización.
3. El cometido del Comité de Examen fue evaluar cómo había funcionado el RSI durante la pandemia y otros eventos de salud pública que encajaban en el ámbito general del RSI desde su entrada en vigor en 2007.
4. Desde 2007 se habían señalado a la atención de la OMS varios centenares de eventos, pero la pandemia fue la primera emergencia de salud pública de importancia internacional designada como tal según lo dispuesto en el artículo 12. Fue también el primer evento que exigió el establecimiento del Comité de Emergencias por la OMS para que emitiera recomendaciones temporales.

#### **Procedencia de las pruebas examinadas**

5. En la evaluación del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional han sido particularmente útiles las pruebas obtenidas de las siguientes fuentes: entrevistas con representantes de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI y autoridades sanitarias nacionales, así como los documentos escritos que aportaron; las intervenciones de los Estados Parte<sup>1</sup> en las reuniones del Comité de Examen; entrevistas con funcionarios de la OMS en la sede y en las oficinas regionales; documentos de información preparados por la OMS para el Comité, en particular estudios de caso de eventos de salud pública gestionados por la OMS; otros documentos de la OMS, en particular documentos de orientación y materiales de capacitación; estudios encargados por la OMS para evaluar el funcionamiento del anexo 2 del RSI y los informes de los Estados Partes sobre la aplicación del RSI (el marco

---

<sup>1</sup> Los Estados Partes son los países vinculados por el RSI de acuerdo con la Constitución de la OMS y el propio RSI. En la actualidad hay 194 Estados Partes, entre los que se incluyen los 193 Estados Miembros de la OMS.

de monitoreo del RSI). El Comité solicitó pruebas de las entrevistas con los Estados Partes, estadísticas de las respuestas de los Estados Partes al marco de monitoreo del RSI, ejemplos de las evaluaciones de los países y estudios de casos de la utilización del RSI. Las pruebas de otra procedencia que se relacionan directamente con las funciones particulares se mencionan en relación con la función correspondiente.

### **Conocimientos, capacitación y recursos para apoyar la aplicación**

6. Desde la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional (2005), el 15 de junio de 2007, la OMS ha realizado una gama de actividades de capacitación y orientación sobre el particular, en especial documentos de orientación; reuniones, seminarios y sesiones regionales; capacitación en línea; un extenso curso de capacitación y el *IHR Quarterly Bulletin*.

7. Los Puntos de Contacto de la OMS en las oficinas regionales apoyan a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI y convocan reuniones para el intercambio de los progresos realizados y las enseñanzas extraídas, así como para determinar las necesidades. Las oficinas regionales por su parte aplican estrategias regionales para fortalecer la capacidad nacional, en especial la prestación de asistencia técnica y apoyo para la movilización de recursos. La OMS brinda retroinformación a los Estados Partes sobre los progresos de cada país, así como a nivel regional y mundial (en particular un informe anual que se presenta a la Asamblea Mundial de la Salud).

8. Los mecanismos principales para reunir y compartir información son dos plataformas electrónicas: el Sistema de Gestión de Eventos y el sitio de información sobre eventos. Este último es el portal protegido con acceso mediante contraseña que utilizan los Centros Nacionales de Enlace para el RSI y la OMS. El Sistema de Gestión de Eventos es un proyecto del equipo de operaciones de alerta y respuesta, que forma parte del Departamento de Alerta y Respuesta Mundiales. Constituye un acervo interno de información para apoyar la toma de decisiones y la gestión de riesgos. Contiene datos que proporcionan un panorama histórico de los eventos de posible relevancia internacional por región, país, tipo de amenaza y enfermedad o tipo de evento.

9. La evaluación por el Comité de la aplicación y evaluación del RSI se organiza de acuerdo con las funciones de este.

### **Función 1: Capacidades de vigilancia y respuesta de los Estados Partes**

10. El Comité deseaba saber: si el Reglamento Sanitario Internacional había estimulado el fortalecimiento de la capacidad nacional y la colaboración entre Estados Partes, especialmente los que son países vecinos; y en qué medida los Estados Partes habían designado Centros Nacionales de Enlace para el RSI, habían integrado el RSI en la legislación nacional y habían trazado planes de fortalecimiento de la capacidad para cumplir con el plazo de 2012.

11. La OMS ha proporcionado a los Estados Partes un marco para que sigan de cerca el desarrollo de sus capacidades básicas en los niveles de respuesta nacional, intermedia y comunitaria, mediante la aplicación de 20 indicadores mundiales. Se alienta a los países a informar anualmente sobre todos los indicadores.

### **Resultados**

- Más de la mitad de los Estados Partes que presentaron informes habían evaluado sus capacidades y alrededor de una tercera parte habían preparado planes nacionales. Aunque el RSI

ha estimulado el fortalecimiento de la capacidad en materia de vigilancia y respuesta, hay una variación amplia del grado de cumplimiento. Los Estados Partes están al tanto de las obligaciones y manifiestan su disposición a observarlas, pero algunos señalan que disponen de pocos recursos.

- A octubre de 2010, todos los Estados Partes menos uno habían establecido Centros Nacionales de Enlace para el RSI y habían facilitado los detalles de contacto a la OMS. Cinco Estados Partes indicaron que sus centros aún no tenían capacidad de comunicación durante las 24 horas. Tres centros no habían proporcionado los detalles de contacto por correo electrónico. Alrededor del 90% de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI tienen acceso al sitio de información sobre eventos. Casi todos los centros estaban situados en el sector de la salud (el 79% en el ministerio de salud y un 19% en una dependencia nacional). En la mayor parte de los países que proporcionaron información, la persona responsable de la posición del Centro Nacional de Enlace para el RSI ocupa un cargo político, administrativo o técnico principal. Los detalles de contacto de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI se pueden consultar en el sitio de información sobre eventos, y la OMS ha establecido un sistema para la verificación regular y el aviso de las actualizaciones. El sitio permite que los Centros Nacionales de Enlace para el RSI entablen contacto directo con sus homólogos en otros países. Hay indicios de que este servicio se usa cada vez más.

12. La aplicación del RSI tiene implicaciones para las funciones y responsabilidades de los gobiernos que abarcan varios ministerios y sectores. Aunque no es un requisito que el RSI se integre en la legislación nacional, se necesita un marco jurídico apropiado que facilite y apoye las actividades. La OMS ha asesorado a los Estados Partes para que determinen si la legislación vigente tiene que ser modificada. Además, la Organización ha argumentado que la aplicación de la legislación nacional puede institucionalizar y fortalecer las capacidades y operaciones del RSI, facilitar la coordinación y ayudar a mantener la continuidad. El RSI se puede incorporar a los sistemas jurídicos nacionales de varias maneras; una de ellas consiste en declarar que el RSI constituye un requisito legal y anexar el texto del RSI o incorporarlo mediante una referencia.

- Más o menos la mitad de los Estados Partes habían modificado la legislación para dar cabida a sus obligaciones en relación con el RSI.
- Hay varios ejemplos de la forma como algunos grupos de países han colaborado durante la aplicación del RSI, a saber: el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea; la Red de Vigilancia Sanitaria del Pacífico; las redes EpiNorth y EpiSouth en Europa; el Grupo de Acción en Materia de Seguridad Sanitaria Mundial; la Red Sanitaria de Europa Sudoriental; el Consorcio de Vigilancia de las Enfermedades Infecciosas del Oriente Medio; y el Mercado Común del Sur. También hay ejemplos de la forma como los Estados Partes comparten información y cómo hacen el seguimiento de la información, el apoyo y los suministros mediante el contacto directo entre los Centros Nacionales de Enlace para el RSI.
- Los Estados Partes son conscientes de sus obligaciones para fortalecer la capacidad y están dispuestos a cumplirlas. El RSI ha ayudado a fortalecer la capacidad nacional y regional en materia de vigilancia y respuesta.

13. Un Centro Nacional de Enlace para el RSI con capacidad de vigilancia y respuesta constituye la base de los sistemas nacionales y mundial previstos por el RSI como salvaguarda contra los eventos de salud pública. Sin ellos, el RSI no puede cumplir su función.



14. La red mundial de Centros Nacionales de Enlace para el RSI representa un éxito temprano de este. Junto con los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI en las oficinas regionales, dichos centros constituyen un excelente sistema de comunicación mundial. Durante la pandemia, la red de Centros Nacionales de Enlace para el RSI funcionó a escala mundial por vez primera y, si bien no es perfecto, resultó ser un medio de comunicación sólido y funcional con los Estados Miembros. Al haber Centros Nacionales de Enlace para el RSI en casi todos los países, la OMS ha creado canales claros y rápidos para alcanzar rápidamente el nivel gubernamental apropiado. A pesar de todo, casi la mitad de los Estados Partes no han evaluado su capacidad de vigilancia y respuesta ni tienen previsto hacer mejoras. Muchos ni siquiera han informado acerca de su situación. De los informes se desprende claramente que muchos países no crearán las capacidades básicas en el plazo que vence en 2012.

15. Los Estados Miembros han respondido admirablemente a los eventos graves de salud pública en otros países y han facilitado ayuda técnica, logística y económica a los afectados. Sin embargo, es más difícil recaudar fondos para la creación de capacidad sostenida y a largo plazo. Los países y las organizaciones donantes podrían aprovechar el anexo 1A del RSI como lista de prioridades para el apoyo del desarrollo y también para sacar partido de las oportunidades de compartir recursos especializados, como los laboratorios, entre varios países.

16. El anexo 1A del RSI no prescribe con pormenores las capacidades necesarias, y si bien el marco de monitoreo del RSI proporciona una buena orientación, no ofrece una receta completa para lograr el éxito. En 2010, la OMS dio a conocer un protocolo para evaluar las capacidades nacionales de vigilancia y respuesta con relación al RSI (1).

## **Función 2: Operaciones de detección y alerta en los Estados Partes**

17. El Comité se propuso explorar: el grado en que los Centros Nacionales de Enlace para el RSI entendían y utilizaban el anexo 2 del RSI; si este instrumento de decisión permite identificar y notificar los eventos pertinentes y si los centros mencionados se encontraron con algún obstáculo para notificar a la OMS. En 2009, el funcionamiento del anexo 2 del RSI se evaluó por vez primera de manera formal (2).

## **Resultados**

18. Los Centros Nacionales de Enlace para el RSI conocen bien el anexo 2 del RSI (recuadro 3.1). Dicho conocimiento se puede mejorar si la OMS brinda capacitación a todos esos centros. La mitad de los centros encuestados indicaron que en su país se había sancionado legislación y elaborado procedimientos para apoyar el uso del instrumento. El anexo 2 del RSI se consideró útil, pero podría refinarse para ayudar a interpretar los eventos relacionados con enfermedades que no son infecciosas.

**Recuadro 3.1** Estudios para el examen y la evaluación del funcionamiento del anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (Universidad de Ottawa)

**Objetivo:** Determinar el nivel de concienciación y conocimientos sobre el anexo 2 entre los Centros Nacionales de Enlace (CNE), el uso práctico del instrumento, las actividades emprendidas para aplicarlo, y la percepción de la utilidad y facilidad de uso del anexo 2.

**Métodos:** Se efectuaron estudios cualitativos y cuantitativos entre octubre de 2009 y febrero de 2010; para ello se realizaron entrevistas telefónicas con los CNE y una encuesta a través de internet. La participación de los CNE fue voluntaria. Para el estudio cualitativo utilizaron el idioma de su elección, mientras que en la encuesta a través de internet utilizaron alguno de los seis idiomas oficiales de la OMS.

**Resultados:** En las entrevistas telefónicas participaron 29 CNE (el 15% de la totalidad de los Estados Partes), mientras que la encuesta cuantitativa a través de internet fue rellenada por 133 CNE (el 69% de la totalidad de los Estados Partes).

**Sensibilización y conocimientos:** El 88% de los CNE dijeron tener un conocimiento excelente o bueno del anexo 2, y el 82% había recibido capacitación al respecto por parte de la OMS. El acceso a dicha capacitación se asoció de forma significativa a un conocimiento excelente o bueno. Los casos hipotéticos se consideraron esenciales para mejorar los conocimientos. Algunos CNE que no habían recibido capacitación por parte de la OMS manifestaron cierta confusión con respecto a los procedimientos operativos y de comunicación. La sensibilización sobre el anexo 2 en las instancias gubernamentales fue mayor a nivel nacional o federal y en los organismos relacionados con la salud y la agricultura.

**Uso práctico y actividades relacionadas con la aplicación:** 77% de los CNE dijeron utilizar siempre, o al menos habitualmente, el anexo 2 para evaluar los eventos de salud pública; 67% habían facilitado en su país la capacitación con respecto al anexo 2; 76% señalaron que en su país había alguna disposición legal, reguladora o administrativa acerca de la utilización del anexo 2; 54% disponían de un procedimiento operativo normalizado para aplicar el anexo 2, y 74% tenían un plan nacional de comunicaciones para facilitar la notificación a la OMS.

**Utilidad:** 95% de los CNE consideraron que el anexo 2 era siempre, o al menos habitualmente, útil para facilitar las decisiones acerca de la necesidad de notificar un evento de salud pública. Sin embargo, 59% de los CNE indicaron que el anexo 2 nunca era suficientemente sensible. Se manifestó preocupación por el hecho de que dicho anexo esté demasiado centrado en lo humano y lo etiológico, y no abarque suficientemente eventos tales como las enfermedades transmisibles en los animales, los vertidos químicos o la contaminación del agua y los alimentos.

**Facilidad de uso:** 89% de los CNE consideraron que el plazo de 24 horas para proceder a la notificación es razonable, pero 40% dijeron que tenían que obtener la aprobación de dos o tres personas u oficinas, lo cual contribuía a retrasar las notificaciones; 67% de los CNE utilizaban la versión inglesa del anexo 2; la mayoría consideraba que los criterios del anexo eran claros, pero que se podrían perfeccionar el instrumento de decisión y la lista de comprobación para evitar dificultades de interpretación; más de 90% de los CNE apoyaron la creación de una plataforma en internet para ampliar las opciones de evaluación y notificación, para comunicarse con los CNE de los países vecinos y para intercambiar documentos.

19. En un estudio efectuado por la Universidad de Ginebra y los Hospitales Universitarios de Ginebra (recuadro 3.2) se encontró que el proceso de notificación mediante el anexo 2 del RSI era muy sensible, pero tan solo moderadamente específico, lo que concuerda con la finalidad del instrumento de decisión (3). La fiabilidad y validez de las evaluaciones de la notificación podría aumentarse ampliando las orientaciones a fin de proporcionar criterios más específicos para evaluar eventos comunes, así como definiciones más claras de los términos clave. A partir de las recomendaciones de una reunión de consulta técnica celebrada en octubre de 2008, la OMS amplió sus orientaciones acerca del empleo del anexo 2 del RSI (4). Las nuevas orientaciones presentan 16 situaciones hipotéticas a guisa de ejemplo que se evalúan frente a cuatro criterios.

### Recuadro 3.2. Encuesta sobre el uso del anexo 2 del RSI

**Objetivo:** Explorar la fiabilidad y la validez del proceso de evaluación de la necesidad de notificación en virtud del RSI.

**Métodos:** Se invitó a 193 de los 194 Estados Partes a que hicieran una evaluación de la notificación de 10 eventos de salud pública ficticios, aplicando el instrumento de decisión del anexo 2. Para ello se realizó una encuesta multilingüe a través de internet en noviembre y diciembre de 2009. Se pidió a siete expertos que representaban a todas las regiones de la OMS que completaran la encuesta, y sus respuestas se utilizaron como referente. Se examinaron el consenso, definido como la coincidencia entre los CNE, y la concordancia, definida como la coincidencia entre los CNE y el grupo de expertos. Una coincidencia > 70% entre las respuestas a una pregunta se definió arbitrariamente como un consenso o concordancia elevados.

**Resultados:** Tasa de respuesta y características demográficas: 142 Estados Partes completaron la encuesta (tasa de respuesta del 74%). La mitad de los encuestados eran médicos, y un tercio eran epidemiólogos. Veintiséis participantes (18%) dijeron que no habían aplicado el anexo 2 en los últimos 12 meses, 72 (51%) indicaron que lo habían aplicado raramente, 20 (14%) una vez al mes, y 23 (16%) al menos una vez a la semana.

**Consenso entre los CNE:** El valor mediano del consenso con respecto a la decisión de notificar fue del 78% (rango intercuartílico: 55%-82%). La coincidencia general fue más elevada con respecto a los eventos que había que notificar (mediana: 80% [76%-91%]) que con respecto a los que no había que notificar (mediana: 55% [54%-60%]). En lo que se refiere a la evaluación de cada uno de los criterios del instrumento de decisión, el consenso fue elevado (> 70%) en 24 de 36 ocasiones (67%).

**Concordancia entre los CNE y el grupo de expertos:** La concordancia entre los CNE y el grupo de expertos fue elevada con respecto a los cinco eventos ficticios que el grupo de expertos consideró notificables (mediana: 82% [76%-91%]), pero mucho menor (mediana: 51% [42%-60%]) con respecto a los cuatro que el grupo de expertos consideró no notificables. La especificidad de los CNE fue muy inferior a su sensibilidad. En lo que se refiere a la evaluación de cada uno de los criterios del instrumento de decisión, la concordancia fue > 70% en 18 de 36 ocasiones (50%). Cabe destacar que la concordancia fue escasa (< 55%) con respecto a las evaluaciones del tercer criterio (riesgo importante de propagación internacional) en cinco ocasiones.

**Limitaciones:** Estos resultados solo nos dicen lo que los encuestados creen que se debería notificar en virtud del RSI, y no lo que en realidad se debería notificar. La condensación de hechos reales en casos hipotéticos ficticios implica necesariamente un alto grado de simplificación. Por último, no se puede decir que el referente propuesto en este estudio proporcione respuestas universalmente correctas ni aplicables en todos los entornos.

**Fuente:** Haustein T, et al. Should this event be notified to the World Health Organization? Reliability of the International Health Regulations notification assessment process. *Bulletin of the World Health Organization*. 2011; 89: pp. 296-303.

20. Un estudio interno efectuado por la OMS (recuadro 3.3) de sus bases de datos de eventos indicó que los Centros Nacionales de Enlace para el RSI no eran una fuente principal de las primeras informaciones que recibe la OMS acerca de los eventos de salud pública.

**Recuadro 3.3** Estudio de las bases de datos de la OMS para el examen y la evaluación del funcionamiento del anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional

**Objetivo:** Evaluar la experiencia de la OMS en materia de vigilancia de eventos desde el 15 de junio de 2007, y en particular la relación entre los eventos notificados y otros eventos registrados por la OMS.

**Métodos:** Examinar las bases de datos sobre eventos existentes en la Sede y en las Oficinas Regionales de la OMS con respecto a la comunicación, a la evaluación y a los desenlaces de los eventos de salud pública que fueron notificados a la Organización o identificados por ella entre el 15 de junio de 2007 y el 1 de enero de 2009.

**Resultados:** De los 684 eventos registrados por la OMS durante el periodo estudiado, 107 (16%) fueron notificados inicialmente por los CNE. Esta proporción aumentó con el tiempo. En 23 (22%) de ellos había pruebas de que el Estado Parte notificante había utilizado el anexo 2. Seis de esas 107 notificaciones (6%) llevaron a la OMS a informar a todos los Estados Partes a través del Sistema de Información sobre Eventos, y 28 (26%) Estados Partes recibieron asistencia de la OMS a consecuencia del evento. De los 201 eventos que necesitaron verificación por los Estados Partes, 11 (6%) se publicaron a través del Sistema de Información sobre Eventos, y 52 (26%) Estados Partes recibieron asistencia de la OMS a consecuencia del evento.

21. En la práctica, hay una variación amplia en la forma como los Centros Nacionales de Enlace para el RSI funcionan. La OMS se entera de muchos eventos por conducto de fuentes oficiosas, y es entonces cuando se pide a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI que verifiquen y hagan el seguimiento de la información y por lo general lo hacen oportunamente.

22. En resumen, hay indicios de que los Centros Nacionales de Enlace para el RSI no son aún la fuente oportuna de la información inicial temprana acerca de los eventos que podrían constituir emergencias de salud pública de importancia internacional, pero son importantes para verificar y hacer el seguimiento de la información.

23. El Comité de Examen pone de relieve las siguientes observaciones:

- Muchos países tienen procesos de autorización intrincados y en algunos el umbral para la notificación es alto, lo cual puede entrañar el riesgo de interferencia política en la evaluación epidemiológica.
- Los Centros Nacionales de Enlace para el RSI necesitan más orientación y hay que fortalecer sus funciones. Por lo tanto, es bienvenido el nuevo documento de orientación acerca del anexo 2 del RSI. Sería igualmente beneficioso actualizar las orientaciones emitidas en 2007 acerca de la función de dichos centros, incluyendo ejemplos de buenas prácticas, así como la formación adicional en línea.

- Es preciso aclarar que el Centro Nacional de Enlace para el RSI es una función del Estado Parte, no de una persona. Estos centros necesitan tener acceso a la información obtenida por los sistemas nacionales de vigilancia y alerta temprana.
- El *IHR Quarterly Bulletin* es útil para los Centros Nacionales de Enlace para el RSI.
- El sitio de información sobre eventos podría usarse también para brindar orientación y enviar mensajes a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI.
- Algunas oficinas regionales celebran reuniones anuales de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, que constituyen foros excelentes para la educación, el debate y la formación de un *espíritu de colectividad*.

### **Función 3. Operaciones de detección y alerta de la OMS**

24. El Comité de Examen deseaba lo siguiente:

- entender el flujo de información acerca de los eventos de salud pública (detección de peligros y evaluación de riesgos, también conocidas como información epidemiológica), en particular el grado en que el RSI había propiciado que la OMS reciba información mejor y más oportuna;
- conocer las principales fuentes de información; cómo se utiliza la información en la OMS; y cómo comparte la OMS esa información;
- evaluar las dificultades con que se enfrenta la OMS para compartir la información sobre eventos con los Estados Partes a través del sitio de información sobre eventos;
- saber si el RSI había facilitado un aumento de la colaboración interinstitucional en la detección, verificación y respuesta a los eventos.

25. El Comité examinó las pruebas procedentes de: documentos de la OMS; entrevistas con funcionarios de la OMS en las oficinas regionales y la Sede, así como representantes de organizaciones internacionales; estudios de caso sobre el uso del RSI; y una demostración del Sistema de Gestión de Eventos.

26. La OMS recibe información acerca de los eventos de su propia labor de vigilancia, de las notificaciones o consultas con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI y de otras fuentes. Cuando la fuente no es uno de estos centros, la OMS está obligada a solicitar al Estado Parte pertinente que valide dicha información. La OMS puede solicitar, por ejemplo, confirmación del Estado Parte de que está ocurriendo un evento agudo de salud pública. Si la fuente es un Centro Nacional de Enlace para el RSI u otra autoridad nacional responsable - por ejemplo, la información que aparece en un sitio web del gobierno -, la OMS no pide la verificación sino que de inmediato procede a evaluar el riesgo junto con el Estado Parte. Ello supone reunir y evaluar información epidemiológica y otros datos pertinentes para determinar la probabilidad de propagación o extensión, así como las consecuencias sanitarias adversas que podría tener el evento. Existen procedimientos claros sobre la forma como la OMS puede compartir información sobre los eventos con otros Estados Partes y con el público.

## Resultados

27. Incluso antes de la entrada en vigor del RSI, se registraron adelantos importantes en las funciones de recopilación epidemiológica por parte de la OMS gracias al establecimiento del sitio de información sobre eventos, el aumento de la capacidad de las oficinas regionales y la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN). Las fuentes de información que son de dominio público, como los sitios webs de los medios informativos, siguen siendo una fuente importante de información inicial para la OMS. El procedimiento establecido en los artículos 9 y 10, que faculta a la OMS para tener en cuenta los informes provenientes de fuentes distintas de las notificaciones y consultas, funciona bien.

28. Tras un breve descenso del flujo informativo cuando el RSI entró en vigor, la información de fuentes oficiales aumentó gradualmente a medida que los Centros Nacionales de Enlace para el RSI se establecían y sus funciones se aclaraban. El descenso del intercambio de información no significa por fuerza la renuencia de los Estados Partes a compartirla, sino que puede indicar únicamente que la información sin verificar aparece en las noticias antes que el Centro Nacional de Enlace para el RSI pueda notificarla a la OMS. La mediana del intervalo entre la solicitud de verificación de la OMS y la respuesta de los Estados Partes fue menor de un día en 2007 y 2008, mientras que la media fue de días porque algunos eventos tienen un tiempo de respuesta más largo. Con todo, los Estados Partes deben esforzarse por ser la fuente más temprana de información acerca de los eventos por conducto de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI.

29. En 2009, la información inicial sobre un evento recibida por la OMS provenía de las siguientes fuentes (porcentaje de eventos): fuentes públicas (35%); Centros Nacionales de Enlace para el RSI (33%); otras fuentes del gobierno del país afectado (7%); la OMS u otro organismo de las Naciones Unidas (22%); y organismos asociados de la OMS (3%).

30. La colaboración de los países de América del Norte en las fases iniciales de la pandemia de 2009 muestra que el RSI, del cual cabría suponer que ocasiona demoras debido a los requisitos de notificación e intercambio formales, puede apoyar eficientemente las funciones mundiales de detección temprana y evaluación de riesgos. En los primeros días del brote, hubo un contacto informal eficaz entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, así como una pronta notificación de estos. Además, el proceso de notificación formal funcionó bien en los Estados Unidos de América, México y el Canadá. Es importante sostener el impulso de la notificación por los Centros Nacionales de Enlace para el RSI que fue estimulado por la pandemia.

31. En materia de detección y verificación de eventos, la OMS también ha mejorado la cooperación interinstitucional con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y otras organizaciones de las Naciones Unidas.

32. Si bien la OMS tiene el mandato general de compartir la información urgente acerca de eventos de salud pública, por lo general obtiene primero la anuencia del Estado Parte afectado. La consulta con los Estados Partes puede demorar el aviso en el sitio de información sobre eventos.

33. Hay una tensión intrínseca entre la obligación de la OMS de informar a otros Estados Partes y el interés del Estado Parte afectado de evitar posibles consecuencias sociales y económicas. La OMS trata de mantener el equilibrio entre estas prioridades y los puntos delicados mediante el diálogo, respetando los requisitos del artículo 11. Para lograr que el sitio de información sobre eventos sea un instrumento más útil, los Estados Partes deberían estar más dispuestos a permitir que la OMS comparta información.

34. El Sistema de Gestión de Eventos de la OMS se creó con la finalidad de rastrear información sobre eventos de salud pública. Es un sistema basado en la web que se está extendiendo a las oficinas regionales y las oficinas en los países de la OMS para compartir información acerca de eventos agudos de salud pública. Dicha ampliación debería ir acompañada de una evaluación para determinar si el Sistema de Gestión de Eventos a todos los niveles logra el equilibrio apropiado de sensibilidad y especificidad.

35. La información del Sistema de Gestión de Eventos se comparte con otras tres fuentes para audiencias concretas: el sitio de información sobre eventos, el boletín de noticias de la GOARN y el sitio web de la OMS Disease Outbreak News (DON). El Sistema de Gestión de Eventos contiene más eventos de los que se comunican por estos tres canales, ya que, a tenor del artículo 11, solo algunos deben ser comunicados. En los primeros meses de la pandemia, el Sistema de Gestión de Eventos resultó ser un registro útil de la primera detección por la OMS de rumores de afecciones respiratorias agudas, los primeros casos notificados por los países, los informes de situación y las medidas aplicadas, así como las decisiones adoptadas en respuesta a la pandemia. Como el Sistema de Gestión de Eventos proporciona un panorama mundial, la OMS puede vincular eventos que al principio no parecían estar relacionados o que no se hubieran considerado de posible importancia internacional si solo se hubiesen examinado en el ámbito nacional. El Sistema de Gestión de Eventos, utilizado regular y oportunamente por todos los funcionarios pertinentes de la OMS, proporciona un registro cronológico de los eventos y deja un rastro de información para la auditoría que vincula las acciones y las decisiones adoptadas con la información que se tenía en ese momento.

36. El Comité de Examen respalda la creación por parte de la OMS de una versión del software de código abierto del Sistema de Gestión de Eventos para su uso por los Estados Partes o la creación de una interfaz del software que usen los Estados Partes con la aplicación de la OMS, para apoyar las comunicaciones relacionadas con el RSI. Esta expansión se puede lograr por medio del proyecto de Instrumentos de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para la Gestión de Emergencias de Salud Pública, emprendimiento conjunto de los departamentos de Alerta y Respuesta Mundiales y de Tecnología de la Información y Telecomunicaciones, de la OMS. El proyecto tiene como finalidad crear una comunidad de intercambio de prácticas que ofrezca instrumentos de tecnología de la información y las telecomunicaciones en forma de software de código abierto, ideados para apoyar las actividades de alerta y respuesta frente a epidemias.

37. Los Estados Partes necesitan estar al tanto de los riesgos de salud pública que existen en todo el mundo. Para obtener esta información epidemiológica se utilizan el Sistema de Gestión de Eventos y otros sistemas, como ProMed y la Red Mundial de Información sobre Salud Pública. El Sistema de Gestión de Eventos tiene el potencial de convertirse en el centro mundial de información epidemiológica para todas las autoridades sanitarias nacionales. Una innovación valiosa durante la pandemia fue que el Sistema de Gestión de Eventos se utilizó para compartir informes de situación regionales en vez de nacionales. La materialización del potencial del Sistema de Gestión de Eventos requeriría la inclusión de información más amplia sobre más eventos. Por ejemplo, en relación con cada evento podría haber mapas, evaluaciones ampliadas de riesgos, recomendaciones y vínculos a las orientaciones y los Centros Colaboradores pertinentes de la OMS. Asimismo, el Sistema de Gestión de Eventos debería contener todas las recomendaciones temporales y permanentes emitidas de conformidad con el RSI, así como información sobre los Estados Miembros que implantan medidas adicionales y su justificación para hacerlo o el estado en que se encuentra la petición de tal justificación por parte de la OMS. Hacer estas mejoras sugeridas del Sistema de Gestión de Eventos exigiría una inversión considerable de tiempo y recursos para apoyar las buenas prácticas de salud pública. Si el sistema no se enriquece de esta forma, otros sistemas de calidad inferior que no son de la OMS adquirirán una posición pre-dominante.

#### **Función 4: Respuesta internacional de salud pública**

38. El Comité deseaba saber el grado en que el RSI ha aumentado la asistencia y colaboración entre la OMS y los Estados Partes durante un evento de salud pública, y cuánto ha ayudado a promover la colaboración interinstitucional.

#### **Resultados**

39. La OMS comunica que los Estados Partes cada vez conocen mejor los mecanismos operativos y de respuesta de la Organización para gestionar las emergencias de salud pública. En consecuencia, la capacidad de coordinación frente a eventos de gran magnitud ha aumentado.

40. Por lo menos diez años antes de que el RSI entrara en vigor, la OMS estableció mecanismos de asistencia en la Sede y en las oficinas regionales y las oficinas en los países. Ejemplos de ellos son la distribución de vacunas antimeningocócicas y antiamarílicas de la reserva mundial, el suministro de equipo y la facilitación del acceso a redes de expertos para obtener asesoramiento y a los Centros Colaboradores de la OMS para diagnóstico de laboratorio.

41. La GOARN, que sirve como el mecanismo principal para que la OMS ayude a los Estados Miembros durante un evento de salud pública, se describe en el capítulo I. La red se utiliza para coordinar la respuesta internacional con las instituciones técnicas, y para desplegar expertos que ayudan a las autoridades nacionales a investigar y controlar los brotes. La GOARN apoya el RSI al reafirmar los principios y procedimientos que se establecieron cuando la red se creó en el año 2000.

42. Si bien se reconoce que la GOARN es muy eficaz, lo que hace falta para mejorar la capacidad de la OMS de responder a un evento de larga duración es un cuerpo de reserva que actúe en emergencias mundiales de salud pública y pueda ser destacado hasta por 24 meses. Este equipo se desplegaría en caso de una emergencia de salud pública de importancia internacional y se enviaría a donde fuese necesario. La OMS organizaría la capacitación especial, gestionaría las solicitudes de esta ayuda de emergencia y movilizaría los elementos necesarios de dicho cuerpo.

43. En los últimos años, la OMS ha padecido déficit de financiación que limitan su capacidad de responder a emergencias de salud pública a largo plazo. La mayor parte de la financiación que la OMS recibe de los Estados Miembros y los donantes está asignada a fines específicos y no puede usarse en otra cosa. Durante la emergencia de salud pública de importancia internacional que nos ocupa, el personal esencial de la Organización se vio obligado a dedicar tiempo y energías a la obtención de fondos que se necesitaban urgentemente para la respuesta. En la respuesta inmediata a la pandemia la OMS gastó más de US\$ 75 millones, cifra que no incluye el costo de las vacunas ni los medicamentos.

44. El Comité de Examen propone que se cree de antemano un fondo para imprevistos al que se pueda recurrir sin demoras innecesarias en caso de una emergencia de salud pública de importancia internacional. Los recursos financieros se liberarían parcial o totalmente de conformidad con la aprobación de un plan de gastos y rendición de cuentas preparado por la OMS. El fondo tendría la finalidad de dotar a la Organización de la capacidad para responder rápidamente, desplegar al personal del cuerpo para emergencias donde fuera necesario y proporcionar el grado de comunicación y apoyo científico y logístico a largo plazo requerido en las regiones. No se prevé que de este fondo salga el dinero para comprar vacunas o medicamentos antivíricos en caso de una pandemia. Las condiciones precisas del fondo serían negociadas por los Estados Miembros en consulta con la OMS.

45. El RSI aporta el marco para fortalecer todos los aspectos de la colaboración internacional en materia de preparación y respuesta, y para la asistencia proporcionada por la OMS. Algunas organizaciones internacionales también informan de que el RSI ha fomentado el establecimiento de relaciones



más estrechas con la OMS; se trata de la OIE, la FAO, la Organización de Aviación Civil Internacional y el Organismo Internacional de Energía Atómica. Hay varios ejemplos de colaboración interinstitucional en respuesta a eventos, así como en la elaboración de políticas y en la planificación.

46. Resulta esencial mantener relaciones estrechas con la OIE y la FAO. Como se señaló en el testimonio presentado al Comité de Examen, los nexos entre la OMS, la OIE y la FAO se han fortalecido gracias al Reglamento Sanitario Internacional y fueron importantes en los primeros días de la pandemia. El Centro FAO/OIE de Gestión de Crisis de Sanidad Animal colabora muy de cerca con los mecanismos de alerta y respuesta de la OMS para coordinar las misiones sobre el terreno y mejorar el intercambio de información relacionada con las actividades sobre el terreno.

47. El RSI requiere que los Estados Partes notifiquen los eventos de salud pública a la OMS y que, después de la evaluación conjunta de riesgos, permitan que la Organización comparta con todos los Estados Partes la información relacionada con el evento. Sin embargo, la notificación suscita la inquietud de que el turismo y el comercio del país en cuestión resulten perjudicados. Para contrarrestar este riesgo, el RSI regula las medidas que otros Estados Partes pueden implantar en reacción al evento y proporciona asistencia y apoyo de la OMS y de otros Estados Partes al país afectado.

48. La OMS puede ejercer más liderazgo para impulsar esta asistencia, que es una piedra angular del RSI. Si bien los Centros Nacionales de Enlace para el RSI están cumpliendo gradualmente su función como parte medular de las actividades del RSI, aún no se ha materializado plenamente su papel en la movilización de la asistencia.

49. Si todos los Estados Partes alientan a sus instituciones técnicas a formar parte de la GOARN y otras redes internacionales, podría lograrse un aumento de la capacidad y el apoyo técnicos a escala internacional. Las comunicaciones de la GOARN deberían compartirse con todos los Centros Nacionales de Enlace para el RSI si con ello se ayuda a movilizar el apoyo internacional y a los expertos.

### **Función 5: Procedimientos para las emergencias de salud pública de importancia internacional**

50. El Director General determina si un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional y emite recomendaciones temporales atendiendo a los puntos de vista de los Estados Partes directamente afectados y los del Comité de Emergencias, establecido para brindar asesoramiento de expertos. Las disposiciones pormenorizadas del Reglamento Sanitario Internacional establecen el mandato y la composición del Comité de Emergencias.

51. El Comité de Examen deseaba saber lo siguiente:

- si se siguieron los procedimientos señalados por el Reglamento Sanitario Internacional al establecer el Comité de Emergencias y al determinar la emergencia de salud pública de importancia internacional (artículo 12) el 25 de abril de 2009;
- la manera como se seleccionó a los miembros del Comité de Emergencias;
- la forma como se elaboraron y comunicaron las recomendaciones temporales;
- en qué medida los Estados Partes siguieron esas recomendaciones.

## Antecedentes del Comité de Emergencias

52. **Composición.** Según lo estipulado en el artículo 48 del Reglamento Sanitario Internacional, el Director General elige a los miembros de este comité de la Lista de Expertos del RSI, en la que figuran personas nombradas por los Estados Miembros o directamente por el Director General con arreglo al Reglamento de los cuadros y comités de expertos de la OMS. Los miembros se seleccionan en función de las esferas de competencia y experiencia en relación con el evento que se esté considerando. En el caso de este Comité de Emergencias, las áreas de conocimiento que se incluyeron fueron: síndromes respiratorios agudos, gripe, virología, epidemiología, prácticas de laboratorio, elaboración de modelos estadísticos, medicamentos antivíricos, farmacorresistencia, control de infecciones, vacunas, aeropuertos, puertos, aviación y cuestiones marítimas. Se buscó la representación geográfica equitativa, como lo especifica el artículo 48, así como el equilibrio entre los sexos y entre países desarrollados y países en desarrollo. Además, como también lo estipula el artículo 48, se invitó a representantes de los Estados Miembros, en particular México y los Estados Unidos de América, los Estados Partes donde había comenzado el brote. También se invitó a un asesor, cuyo nombre figuraba asimismo en la Lista de Expertos del RSI.

53. **Funciones y responsabilidades.** La finalidad del Comité de Emergencias es dar a conocer sus puntos de vista al Director General. Como su función es únicamente asesora, las decisiones finales competen al Director General. Los miembros del Comité de Emergencias tuvieron que preservar la confidencialidad de lo que sucedía en las reuniones y se comprometieron a no divulgar ningún documento ni ninguna información recibida. Las cartas de invitación a los miembros se acompañaron de instrucciones sobre los métodos de trabajo del Comité en las que se especificaba el carácter privado de las reuniones y la función internacional de los miembros, según la cual debían actuar exclusivamente como expertos al servicio de la OMS y no como representantes de sus gobiernos ni de ninguna otra autoridad. Los nombres de los miembros del Comité de Emergencias no se hicieron públicos hasta que este terminó sus trabajos, como se hace comúnmente en los cuadros y comités de expertos de la OMS. El Comité de Emergencias quedó disuelto cuando se declaró que la emergencia de salud pública de importancia internacional había pasado, y fue entonces cuando se dieron a conocer los nombres de los miembros.

54. **Reuniones.** Todas las reuniones se celebraron por teleconferencia, menos una que se realizó por correo electrónico. El Comité de Emergencias se convocó nueve veces entre el 25 de abril de 2009 y el 10 de agosto de 2010, cuando se declaró el fin de la emergencia de salud pública de importancia internacional. La Directora General sostuvo una teleconferencia con el presidente, el vicepresidente y el relator el 29 de abril de 2009, en remplazo de una reunión que se había previsto anteriormente con todo el Comité. El Comité en su totalidad sesionó cuatro veces antes de que se declarara la fase 6 de la pandemia el 11 de junio de 2009. Sesionó en otras cuatro ocasiones entre el 11 de junio de 2009 y el 10 de agosto de 2010 (8 de septiembre de 2009, 26 de noviembre de 2009, 23 de febrero de 2010 y 1 de junio de 2010).

55. Antes de cada reunión se enviaban por correo electrónico el orden del día y los documentos de antecedentes, incluidas las cuestiones en torno a las cuales la Directora General solicitaba asesoramiento. Todas las reuniones estuvieron presididas por el Profesor John Mackenzie. Los Estados afectados comunicaban brevemente al Comité de Emergencias la información más reciente de sus países y la Secretaría de la OMS ponía al tanto de la situación epidemiológica actual a los miembros. A continuación, el presidente dirigía los debates, por lo general llamando a los miembros por orden alfabético. Las decisiones con respecto a los puntos de vista que el grupo debía transmitir a la Directora General se tomaban por consenso.

56. Poco después de terminada la reunión se analizaba y se distribuía, para la aprobación definitiva, el proyecto de declaración de la Directora General. Una vez aprobada, la declaración se enviaba al sitio de información sobre eventos de la OMS, que es seguro, y se avisaba a todos los Centros Nacionales de Enlace para el RSI. Solo entonces se publicaba en el sitio web de la OMS abierto al público.

## **Declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional**

57. La Directora General convocó la primera reunión del Comité de Emergencias el 25 de abril de 2009 y le pidió que le aconsejara si la situación en ese momento constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional. Por correo electrónico se había enviado a los miembros una carpeta de documentos de antecedentes, incluido el artículo 12 del Reglamento Sanitario Internacional, que en el párrafo cuatro establece las consideraciones que el Director General debe tener en cuenta para determinar que un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, a saber: la información proporcionada por el Estado Parte donde está ocurriendo el evento; el instrumento de decisión a que hace referencia el anexo 2; la opinión del Comité de Emergencias; los principios científicos así como las pruebas científicas disponibles y otras informaciones pertinentes; y una evaluación del riesgo para la salud humana, del riesgo de propagación internacional de la enfermedad y del riesgo de trabas para el tráfico internacional.

58. En la primera reunión, los representantes de México y los Estados Unidos de América informaron de que un nuevo virus gripal, diferente de los otros virus gripales desde los puntos de vista antigénico y genético, se estaba transmitiendo de persona a persona con una eficacia suficiente para causar brotes en vez de casos aislados y esporádicos. Se estaba propagando rápidamente, lo cual demostraba el riesgo de que fuese un posible virus pandémico.

59. El Comité de Emergencias solicitó actualizaciones sobre los aspectos clínicos y virológicos y la situación epidemiológica en México y los Estados Unidos de América, así como acerca de la propagación a países vecinos. Las esferas concretas que se indagaron fueron; gravedad clínica y localización geográfica; caracterización del virus; detalles de las muestras de laboratorio enviadas al Canadá y los Estados Unidos de América; medidas de control y consejos a los viajeros. El consenso del Comité de Emergencias fue que estaba ocurriendo una emergencia de salud pública de importancia internacional pero que haría falta más información para elevar el nivel de alerta de la fase 3 a la fase 4.

## **Recomendaciones temporales**

60. Los criterios pautados en el Reglamento Sanitario Internacional para determinar las recomendaciones temporales son: la opinión de los Estados Partes directamente interesados; el dictamen del Comité de Emergencias; los principios científicos, así como la información y las pruebas científicas pertinentes; medidas sanitarias que no sean más restrictivas del tráfico y el comercio internacionales ni más intrusivas para las personas que otras opciones razonablemente disponibles que permitan lograr el nivel adecuado de protección sanitaria; una evaluación de riesgos apropiada a las circunstancias; las normas e instrumentos internacionales pertinentes, y las actividades de otras organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales pertinentes. Si no se prorrogan, las recomendaciones temporales expiran automáticamente tres meses después de su formulación.

61. Las recomendaciones temporales formuladas durante la pandemia de 2009 fueron las primeras basadas en el RSI (cuadro 3.1). Se incluyeron en las declaraciones oficiales de la Directora General que siguieron a las reuniones del Comité de Emergencias. En las dos primeras declaraciones, sin embargo, no se mencionó el término «recomendaciones temporales», aunque se hizo referencia al RSI.

**Cuadro 3.1** Recomendaciones temporales hechas durante la pandemia

<b>Fecha</b>	<b>Recomendaciones</b>
25 de abril de 2009	«Con respecto a las medidas de salud pública y de conformidad con el Reglamento, la Directora General recomienda que, de acuerdo con el parecer del Comité, todos los países deben intensificar la vigilancia de brotes inusuales de síndromes gripales y neumonía grave.»
27 de abril de 2009	«La Directora General ha recomendado que no se cierren las fronteras ni se impongan restricciones a los viajes internacionales. Se ha considerado prudente que las personas que estén enfermas retrasen los viajes internacionales y las que presenten síntomas después de un viaje internacional reciban atención médica.»  «La Directora General ha subrayado que todas las medidas se deberían ajustar a la finalidad y el alcance del Reglamento Sanitario Internacional.»
24 de septiembre de 2009	«Habiendo considerado los puntos de vista del Comité de Emergencias y la situación actual de la pandemia, la Directora General ha decidido mantener las recomendaciones temporales, a saber: <ul style="list-style-type: none"> <li>• los países no deben cerrar sus fronteras ni restringir el tráfico y el comercio internacionales;</li> <li>• hay que intensificar la vigilancia de los síndromes gripales inusuales y de la neumonía grave;</li> <li>• en caso de enfermedad, la prudencia aconseja aplazar los viajes;</li> <li>• quienes se encuentren enfermos tras un viaje deben buscar atención»</li> </ul>
26 de noviembre de 2009	«Habiendo considerado los puntos de vista del Comité de Emergencias y la situación actual de la pandemia, la Directora General ha decidido mantener las tres recomendaciones temporales, modificando la tercera, a saber: <ul style="list-style-type: none"> <li>• los países no deben cerrar sus fronteras ni restringir el tráfico y el comercio internacionales;</li> <li>• hay que intensificar la vigilancia de los síndromes gripales inusuales y de la neumonía grave;</li> <li>• en caso de enfermedad, la prudencia aconseja aplazar los viajes.»</li> </ul>
24 de febrero de 2010	«Habiendo considerado los puntos de vista del Comité de Emergencias y la situación actual de la pandemia, la Directora General ha decidido mantener las tres recomendaciones temporales con la mencionada modificación, a saber: <ul style="list-style-type: none"> <li>• los países no deben cerrar sus fronteras ni restringir el tráfico y el comercio internacionales;</li> <li>• hay que mantener la vigilancia de los síndromes gripales inusuales y de la neumonía grave;</li> <li>• en caso de enfermedad, la prudencia aconseja aplazar los viajes.»</li> </ul>

## Resultados

62. El Comité de Examen observó que la pandemia de gripe de 2009 es el único evento que se ha considerado una emergencia de salud pública de importancia internacional por la OMS desde que el Reglamento Sanitario Internacional (2005) entró en vigor. Este último tiene previsto un sistema mundial de información epidemiológica. Según la definición del artículo 1, varios otros eventos podrían

haberse declarado emergencias de salud pública de importancia internacional porque eran extraordinarios, constituían un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional y podrían exigir una respuesta internacional coordinada. Ejemplos de dichos eventos serían la infección por el virus de Nipah ocurrida en Bangladesh en 2009; el cólera en Haití en 2010 y la polio-mielitis en el Asia central en 2010.

63. Para materializar todo el potencial del RSI, la OMS podría recordar a los Estados que este abarca más que las emergencias de salud pública de importancia internacional e incluye funciones corrientes de salud pública. Como puede apreciarse, la Organización ha optado por establecer un umbral muy alto para la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional, probablemente porque el proceso correspondiente exige muchos recursos. En la práctica, la necesidad percibida por la OMS de emitir recomendaciones temporales será la principal fuerza motriz para declarar las emergencias de salud pública de importancia internacional. Con ello se corre el riesgo de que esta parte del RSI sea vista como un instrumento aplicable únicamente a eventos tan raros como una pandemia mundial de gripe.

64. El Comité de Examen constató que la OMS había activado propiamente los procedimientos del RSI para una emergencia de salud pública de importancia internacional por vez primera y había convocado al Comité de Emergencias en el plazo de 48 horas. También comprobó que las normas del RSI se cumplieron al formular las recomendaciones temporales, aunque al principio estas no se identificaron explícitamente. Habida cuenta de que las recomendaciones temporales tienen implicaciones legales concretas, siempre se las debe identificar como tales, tanto en el sitio web público como en el sitio de información sobre eventos.

65. Por conducto del correo electrónico el Comité de Examen solicitó a miembros del Comité de Emergencias sus puntos de vista con relación a su experiencia con este último, su establecimiento, la forma como funciona y su eficacia. En particular, se les pidió su opinión acerca del requisito de que los miembros del Comité de Emergencias permanecieran anónimos. Respondieron al correo electrónico ocho de los 15 miembros del Comité y un asesor.

66. Quienes respondieron concordaron en que la pericia de los miembros era apropiada y que las reuniones habían marchado razonablemente bien, siguiendo procesos abiertos e incluyendo consideraciones y debates extensos. Aunque algunos miembros habían planteado asuntos nacionales para el debate, la atención general se había centrado en asuntos internacionales. Ninguno de los que respondieron observó presión alguna de terceras partes.

67. Sin embargo, quienes respondieron también criticaron algunos aspectos del proceso del Comité de Emergencias. El presidente de este último dijo al Comité de Examen que el Comité de Emergencias tenía un mandato limitado por las disposiciones del RSI y «solo existía durante reuniones». Esto significaba que no podía convocar independientemente una reunión o actuar por iniciativa propia, y se veía restringido a ofrecer sus puntos de vista solo cuando se lo pedían. Algunos de los miembros que respondieron opinaron que la decisión de anunciar la fase 6 se había demorado indebidamente. Ninguno indicó que el anuncio hubiera sido prematuro.

68. El Profesor Mackenzie, presidente del Comité de Emergencias, declaró en la entrevista que sostuvo con el Comité de Examen que en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2009 «Varios países elevaron una petición apasionada de no pasar a la fase 6 [hasta que hubiera] pruebas sólidas de transmisión sostenida en algunos otros países... pasar de la fase 5 a la 6 tiene muchas ramificaciones, y creo que queríamos estar absolutamente seguros antes de pasar a ese nivel».

69. Quienes respondieron observaron que al Comité de Emergencias se le encargaba extraer conclusiones epidemiológicas que tenían ramificaciones políticas y económicas. Algunos indicaron que en futuras convocatorias del Comité de Emergencias debería haber grupos separados de asesores científicos y asesores de política.

70. Con respecto al tema del anonimato de los miembros del Comité de Emergencias, cinco de quienes respondieron dijeron que los nombres debían darse a conocer, en parte porque una mayor transparencia podría dar por resultado una mayor confianza en las recomendaciones. Señalaron que la reputación de la OMS se había dañado por no haber revelado los nombres, lo que en el futuro acarrearía presiones mayores. Algunos observaron que, si los nombres se daban a conocer, la OMS tendría que apoyar a los miembros en las cuestiones legales y las relaciones con los medios de comunicación.

71. Cuatro de los que respondieron, incluido el presidente, dijeron que los nombres no deberían revelarse. En su testimonio ante el Comité de Examen, el Profesor Mackenzie dijo:

«Creo firmemente que... el Comité debe ser anónimo; después de haber colaborado con la OMS a propósito del SRAS (síndrome respiratorio agudo severo) y conociendo la clase de presión a que someten a las personas las empresas farmacéuticas [y] las compañías que quieren producir métodos de diagnósticos y demás, así como los países, preocupados por saber lo que está pasando, o si tienen derecho a los métodos de diagnóstico y así sucesivamente. El Comité de Emergencias podría estar sujeto a una presión enorme, y creo que el anonimato, si prefieren llamarlo así, del Comité es absolutamente esencial en esas condiciones... Creo que aunque actualmente no es parte del mandato del Comité de Emergencias, en función de los artículo 48 y 49, sería útil si esto formara parte de la documentación.»

72. El Comité de Examen reconoce el deseo de proteger a los miembros del Comité de Emergencias de influencias externas manteniendo en reserva su identidad mientras dura su nombramiento. También reconoce la necesidad de que las consultas con los expertos se hagan en confidencia de tal manera que el Director General se beneficie de los debates y las orientaciones con franqueza. Al mismo tiempo, no revelar los nombres fomenta la suspicacia con respecto a los intereses y las motivaciones de los miembros del Comité de Emergencias. A fin de cuentas, el Comité de Examen llegó a la conclusión de que, en aras de la transparencia, sería mejor que la OMS diera a conocer desde el principio los nombres de los miembros del Comité de Emergencias. El Comité de Examen reconoció que habría sido difícil que la OMS modificara con posterioridad su política de no dar a conocer los nombres, debido en parte a la renuencia a dar la impresión de que cedía frente a los críticos de esa práctica. El anonimato es congruente con las prácticas de la OMS con relación a otros comités de expertos, en los que la identidad de los miembros normalmente se divulga al terminar una reunión de consulta que por lo común dura un día. Sin embargo, esta práctica no va bien con un comité cuyos servicios se extienden por muchos meses.

73. El Comité de Examen también concluyó que habría sido útil que el Comité de Emergencias hubiera incluido una gama más amplia de especialistas, en particular en la esfera de la comunicación de riesgos. El Comité de Examen reconoció que la OMS tenía que nombrar un Comité de Emergencias con un conjunto de aptitudes y pericia adecuadas en particular para cada evento por cuyo motivo se lo convocaba. Para una pandemia de gripe, dicha pericia incluiría virología, evaluación de laboratorio, epidemiología, experiencia en salud pública y liderazgo, ciencias veterinarias, evaluación y comunicación de riesgos y metodología de las revisiones sistemáticas de la bibliografía científica.

74. La OMS también carecía de un conjunto de procedimientos suficientemente sólidos, sistemáticos y abiertos para revelar, reconocer y gestionar oportunamente los conflictos de intereses entre los miembros del Comité de Emergencias. Cinco miembros y un asesor del Comité de Emergencias

habían declarado posibles conflictos de intereses, pero ninguno de ellos se consideró lo bastante importante para justificar la exclusión de ninguno de los miembros. Las relaciones en cuestión se publicaron junto con los nombres de los miembros del Comité de Emergencias cuando se declaró el fin de la pandemia, el 10 de agosto de 2010. Sin embargo, antes de que esta información se publicara las suposiciones acerca de posibles lazos de miembros del Comité de Emergencias y la industria llevó a algunos críticos a sospechar que se había cometido alguna infracción. El Comité de Examen reconoció que la OMS estaba tomando medidas para gestionar los conflictos de intereses, incluso mientras se efectuaba el presente examen.

75. Finalmente, en un momento decisivo para la toma de decisiones con respecto a la pandemia (el paso de la fase 4 a la 5), la Directora General había consultado únicamente con una parte del Comité de Emergencias (el presidente, el vicepresidente y el relator), en vez de solicitar las opiniones de todo el Comité.

### **Función 6: Evitar las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales**

76. El RSI requiere que los Estados Partes apliquen ciertas medidas sanitarias sin demora. En algunas circunstancias, pueden aplicar medidas sanitarias adicionales, siempre y cuando informen de ello a la OMS y proporcionen una justificación de salud pública. En tal caso, la OMS puede también solicitar que el país reconsidere la aplicación de dichas medidas.

77. El Comité de Examen deseaba saber en qué medida los Estados Partes habían implantado medidas sanitarias más allá de las recomendaciones temporales durante la pandemia de 2009, si habían dado la justificación correspondiente y cómo había actuado la OMS en esta situación.

### **Resultados**

78. Una de las recomendaciones temporales emitidas el 27 de abril de 2009 que no cambió hasta el final de la emergencia de salud pública de importancia internacional fue «que no se cierren las fronteras ni se impongan restricciones a los viajes internacionales». En las etapas iniciales de la pandemia de 2009 había una gran preocupación acerca de la transmisión internacional de la enfermedad, lo que ocasionó que las autoridades de salud pública de muchos países decidieran adoptar medidas para prevenir o demorar la introducción del virus. La OMS efectuó una encuesta de Estados Partes, aeropuertos, compañías aéreas y empresas navieras; la mayoría de los países que respondieron habían proporcionado información, en forma de carteles o folletos, a los viajeros que llegaban. Durante las etapas iniciales de la pandemia, 34 de 56 países que respondieron (el 61%) sometieron a examen a los pasajeros para descartar la enfermedad. En la mayor parte de los países, el tamizaje se combinó con el aislamiento de los casos presuntos o confirmados y la cuarentena de los contactos cercanos asintomáticos durante tres a diez días (mediana, ocho días) (5).

79. Dos de los países encuestados, uno de la Región de las Américas y otro de la Región de Europa, informaron que habían negado la entrada a las personas procedentes de los países afectados. De los 56 países encuestados, seis (11%) notificaron que habían restringido el ingreso de animales o mercancías de los países afectados.

80. Según el informe, cinco de los 56 países encuestados notificaron haber denegado la libre práctica por lo menos a un medio de transporte, debido principalmente a la presencia de personas enfermas a bordo. Estas respuestas correspondieron a la experiencia de unas pocas empresas navieras y compañías

aéreas a las que se les había negado el permiso para embarcar o desembarcar pasajeros o tripulaciones debido a la enfermedad o por haber visitado países afectados.

81. Durante las primeras etapas del evento la mitad de los países recomendaron a sus ciudadanos que evitaran viajar a los países afectados; la mediana de la duración de dichas recomendaciones fue de cinco semanas. También hubo casos poco frecuentes de cancelación de vuelos a países afectados.

82. En el *Weekly Epidemiological Record*, la OMS comentó: «Los resultados indican que las medidas aplicadas en las fronteras cambiaron durante los primeros cuatro meses de la pandemia, lo que demuestra que los países se adaptaron a los cambios epidemiológicos y las recomendaciones. Al comienzo de la pandemia, unos pocos países implantaron restricciones a los viajes y el comercio, y casi la mitad recomendaron evitar los viajes a las zonas afectadas por la pandemia; sin embargo, esas restricciones y recomendaciones por lo general se suspendieron al cabo de unas pocas semanas, lo cual indica que las estrategias cambiaron de un enfoque de precaución general a medidas más focalizadas aplicadas en los puntos de entrada. Posteriormente, las medidas de control pasaron a las comunidades a medida que se obtenía más información acerca del virus pandémico, se modificaba la percepción del riesgo y aumentaba la prevalencia de la transmisión comunitaria.» (5).

83. Durante la pandemia, la OMS documentó en sus informes de situación semanales los informes acerca de las medidas relacionadas con el comercio y los viajes. Varios países, aunque no todos, proporcionaron una justificación a pedido de la OMS; pero ninguno de los que aplicaron medidas adicionales (es decir, medidas que trastornaron significativamente los viajes o el comercio internacionales durante más de 24 horas) cumplió con sus obligaciones, a tenor del artículo 43, de informar por iniciativa propia a la OMS y proporcionar la justificación de dichas medidas. Cuando se recibieron las respuestas de los países, las explicaciones se difundieron a todos los Estados Partes por medio del Sistema de Gestión de Eventos.

84. La OMS no recibió ninguna queja formal de ningún país con respecto a las medidas adicionales. Durante la pandemia, algunos Estados Partes instituyeron medidas que iban más allá de las recomendaciones temporales con relación al artículo 43 del Reglamento Sanitario Internacional, aunque ninguno de ellos presentó por iniciativa propia la justificación de salud pública de tales medidas ni todos la enviaron después de la solicitud de la Organización.

85. La Asociación Internacional de Transporte Aéreo (IATA) presentó esta declaración al Comité de Examen: «En muchos casos, los Estados Miembros no notificaron a la OMS [de las medidas adicionales y esta] se enteró por terceras partes. El Comité de Examen supone que la OMS no actuó enérgicamente para conocer la justificación, pero sí lo hizo, al menos en un caso del que tenemos noticia... la falla radica en el propio Reglamento Sanitario Internacional y no puede achacarse a la Organización... si uno de los objetivos es evaluar el funcionamiento del RSI y para cumplir ese objetivo hay que recomendar la modificación de este, creemos que esa recomendación debería formularse».

86. El Comité de Examen toma nota de la inquietud planteada por la IATA, pero considera que, a fin de cuentas, la mejor solución en este momento consiste en una aplicación más rigurosa de las disposiciones del artículo 43, tanto por los Estados Partes como por la OMS, en vez de enmendar el Reglamento Sanitario Internacional. Sin embargo, antes de considerar la conveniencia de enmendarlo, un paso intermedio sería que la Organización procurase que los países que ponen en práctica medidas adicionales sean identificados en el Sistema de Gestión de Eventos, que el fundamento de dichas medidas se dé a conocer en este mismo sistema y, si no se proporciona, que se indique allí en qué fecha se solicitó esta información. En ese mismo sistema podría aclararse también si la OMS ha solicitado o no que el país reconsidere la aplicación de las medidas adicionales. A falta de sanciones por la inob-



servancia del RSI, esta mayor transparencia mitigaría las inquietudes en torno a la adopción de medidas que conllevan trabas significativas para el tráfico internacional.

87. El 27 de abril de 2009, la OMS declaró: «Habida cuenta de la presencia generalizada del virus, la Directora General ha considerado que la contención del brote no es viable. Actualmente, la atención se debe centrar en las medidas de mitigación.» A pesar de ello, varios Estados Miembros instituyeron medidas destinadas a contener el virus, o al menos a demorar su entrada en sus territorios. Evidentemente, algunas de estas medidas, como se describe líneas arriba, constituyeron medidas adicionales según el artículo 43.

88. El artículo 43 puede ser considerado como una de las piedras angulares del Reglamento Sanitario Internacional pues protege a los países afectados contra las medidas excesivamente restrictivas. A este respecto, el RSI tiene la posibilidad de mejorar la coordinación internacional de las respuestas y reducir al mínimo la aplicación de medidas restrictivas en las fronteras. A pesar de estas disposiciones, el primer país afectado por la pandemia (México) experimentó restricciones severas, como la cancelación de exportaciones porcinas y la cancelación de vuelos.

### **Función 7: Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional con respeto por los derechos humanos**

89. Los Estados Partes aplicarán el Reglamento Sanitario Internacional con respeto pleno de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas (artículo 3). Esto resulta especialmente pertinente en el trato dispensado a los viajeros en los puntos de entrada (artículos 23 y 31).

90. El Comité de Examen deseaba saber si se conocían casos (por ejemplo, quejas de personas) en que la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas no se habían respetado al aplicar el RSI.

### **Resultados**

91. La OMS no monitorea sistemáticamente los casos en que al aplicar el RSI no se respetan los derechos humanos. Además, no tiene el mandato de investigar si determinadas medidas constituyen infracciones de esta disposición.

92. Durante la pandemia, los medios de comunicación informaron de pasajeros sometidos a cuarentena y, en consecuencia, detenidos.

93. Se puede ver como una deficiencia que la OMS no monitoree si los derechos humanos se respetan al aplicar el RSI. Aun si la Organización no tiene el mandato de investigar, forma parte del espíritu del RSI que la OMS consulte con los Estados Partes cuando los medios de comunicación informen de prácticas que pueden ser vistas como violaciones de los derechos humanos y, a su vez, infracciones del RSI. Dicho respeto es importante para que el público acepte el RSI.

### **Función 8: Puntos de entrada y documentos de viaje**

94. El RSI incluye disposiciones detalladas acerca de las medidas sanitarias relativas a viajeros, medios de transporte (artículos 40 y 41) y documentos sanitarios (artículos 35 a 39).

95. De conformidad con los artículos 19 y 20 del RSI, los Estados Partes designarán los aeropuertos y puertos en que se crearán ciertas capacidades de salud pública, y los puertos autorizados para expedir certificados a las embarcaciones.

96. El Comité de Examen deseaba explorar lo que se ha aprendido acerca de la aplicación y el funcionamiento del RSI en los puntos de entrada, en particular el manejo de los documentos de los medios de transporte y los documentos sanitarios de los pasajeros. También quería saber si los Estados Partes entendían los requisitos del RSI para los puntos de entrada (artículos 19 y 20 y anexo 1*b*) y los cumplían. Por último, deseaba saber qué significaba el RSI para las alianzas de la OMS con la FAO, la OIE, la Organización Mundial del Turismo y otras organizaciones pertinentes (artículo 14).

97. El Comité buscó datos probatorios sobre estos asuntos en documentos de la OMS, entrevistas con funcionarios de la OMS en las oficinas regionales y la Sede, entrevistas con los Estados Partes, estadísticas de las respuestas de los Estados Partes al marco de monitoreo del RSI y estadísticas de la actividad en puertos autorizados.

## **Resultados**

98. Algunos temas abarcados por la función 8 son relativamente nuevos y no se han desarrollado por parte de la OMS ni de muchos Estados Partes. La mayor dificultad para estos últimos ha sido coordinar los nuevos requisitos sobre la preparación para emergencias que emanan de muchos acuerdos internacionales en vigor, como los relativos a los sectores de transporte, marítimo y de aviación.

99. Los requisitos de elaborar directrices acerca de los pasos fronterizos terrestres, por ejemplo, son tareas complejas para los países de la Unión Europea, América y Asia que ya tienen convenios subregionales y regionales al respecto.

100. El Comité de Examen constató que el anexo 1B del Reglamento Sanitario Internacional aporta claridad sobre lo que se requiere para alcanzar las capacidades básicas de respuesta, pero hay que fortalecer la colaboración y coordinación intersectoriales para ayudar a los países a crear estas capacidades a tiempo de cumplir el plazo de 2012. Gracias al RSI anterior (1969), los países tenían experiencia con las funciones de salud pública. El RSI vigente (2005) apunta a conseguir que en todos los puntos de entrada haya una gama de capacidades todo el tiempo.

101. El RSI brinda un mecanismo para designar una autoridad competente que coordine la preparación en cada punto de entrada. La falta de recursos ha dificultado que algunos países designen puntos de entrada, puertos y pasos fronterizos terrestres. No se tiene un cuadro completo de la situación porque solo un número reducido de Estados Partes han respondido a los pedidos de información de la OMS.

102. Se necesitan orientación y procedimientos para la certificación de puertos y aeropuertos. La certificación exige enormes recursos; por ejemplo, hay aproximadamente 4000 puertos que manejan transporte marítimo internacional. La OMS tiene conocimiento de 80 países que cuentan con 1800 puertos autorizados para expedir certificados de sanidad a bordo.

103. El Japón, en el testimonio prestado al Comité de Examen, señaló que algunas embarcaciones que arriban a sus puntos de entrada presentaban certificados de sanidad a bordo expedidos por puertos que no aparecían en la lista que se publica en el sitio web de la OMS. Esto podría deberse simplemente a un problema administrativo, pero vale como recordatorio a todos los Estados Partes que tienen puertos de que deben observar las disposiciones del artículo 20 del RSI.

104. En su testimonio, los Estados Unidos de América recomendaron seguir facilitando la creación y puesta en práctica de un sistema de comunicación e intercambio de información que enlace a las autoridades competentes en los puntos de entrada internacional designados. No se pretende con ello disminuir la importante función supervisora de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, sino mejorar la comunicación ordinaria.

105. El artículo 27 del Reglamento Sanitario Internacional dispone que la autoridad competente del siguiente punto de entrada sea informada cuando haya un medio de transporte afectado. Los países han solicitado los detalles de contacto de las autoridades en los puntos de entrada para poder cumplir con este requisito. El RSI no estipula que esta información deba canalizarse por el Centro Nacional de Enlace para el RSI. No es aconsejable sobrecargar el sistema de alerta con medidas de seguimiento ordinarias, y por este motivo los países están pidiendo poder tomar sus propias decisiones. La OMS propone actualizar la lista de los puertos para permitir la búsqueda de los datos de contacto proporcionados en forma voluntaria por los países.

106. La Declaración Marítima de Sanidad y la Parte Sanitaria de la Declaración General de Aeronave pueden utilizarse como instrumentos de comunicación en el marco del RSI. Muchos Estados Miembros desean usar una tarjeta de declaración de sanidad durante las emergencias de salud pública. La IATA informó que, puesto que no había una tarjeta recomendada, durante la pandemia se crearon muchos tipos diferentes de tarjetas, lo que acarreó complicaciones a las aerolíneas. La IATA ha propuesto que los documentos como las tarjetas de declaración de sanidad y las tarjetas para localizar a los contactos de los pasajeros se armonicen. Este no es un requisito del RSI sino que sería complementario a la Parte Sanitaria de la Declaración General de Aeronave.

107. La colaboración internacional reviste una importancia decisiva para cumplir los requisitos de esta función; pero se trata de una tarea compleja debido al traslape y los mandatos que compiten entre sí, así como a la necesidad de que la salud pública se equilibre con otras consideraciones. La mayor parte de estas relaciones funcionan bien, pero las funciones y responsabilidades podrían delinearse con mayor claridad. La OMS colabora con la FAO y la OIE en las cuestiones de salubridad de los alimentos en el transporte internacional. Durante la pandemia, la cooperación técnica entre la Organización de Aviación Civil Internacional, la Organización Mundial del Turismo, la IATA y el Consejo Internacional de Aeropuertos funcionó bien y permitió la elaboración rápida de documentos.

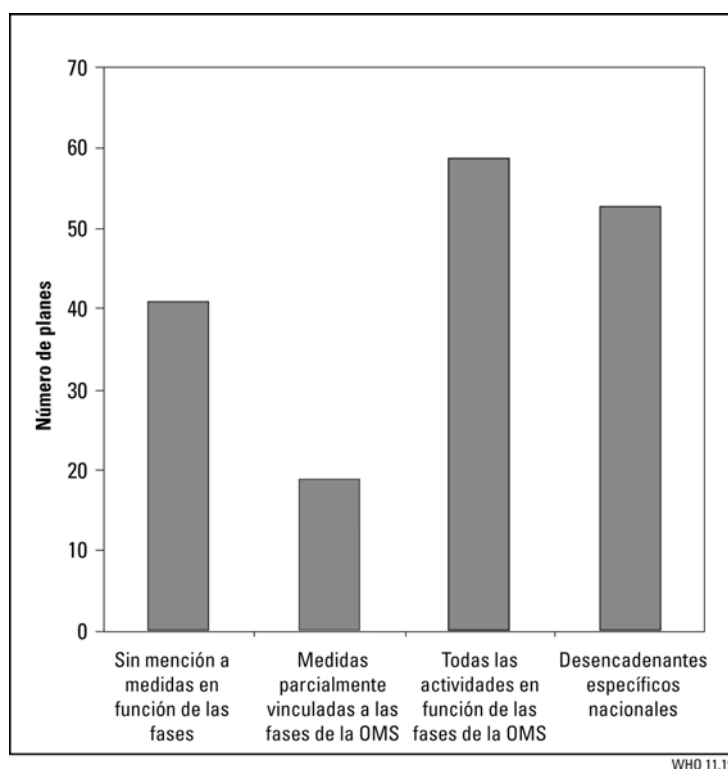
## **B. Preparación y respuesta ante la epidemia y evaluación de las mismas en los países**

108. Entre 1995 y 2006, la financiación pública de los gastos relacionados con la salud proporcionada por los gobiernos nacionales y los donantes de asistencia para el desarrollo aumentó casi un 100% en términos generales (6). Sin embargo, la crisis financiera mundial, que comenzó en 2007 y empeoró en 2008, suscitó inquietudes en torno a sus posibles efectos sobre la salud mundial, pues los países restringieron los presupuestos y los donantes examinaron sus carteras de proyectos. En particular, los países de ingresos bajos dependen de la financiación de donantes para sus gastos sanitarios (7). La OMS examinó estas inquietudes en una reunión de consulta de alto nivel celebrada en enero de 2009, apenas tres meses antes del inicio de la pandemia por H1N1. En la reunión se señalaron las mil y una formas en que la salud podía verse afectada en tiempos de dificultades económicas; se insistió en la importancia decisiva de mantener las inversiones en salud y se describieron medidas nacionales, regionales y mundiales para mitigar los efectos sobre la salud (8). El panorama de los recursos del sector de la salud entre los países es heterogéneo. Algunos países han reducido el gasto social, mientras que otros lo han aumentado o no han hecho cambios (9). La crisis económica ha incitado a

los líderes sanitarios a hacer que la salud de las personas, especialmente las más vulnerables, sea una prioridad.

109. A raíz del brote de SRAS y frente a la amenaza que planteaba la gripe aviar por H5N1, la OMS y los países empezaron a prepararse para una pandemia de gripe (véase el capítulo I). Con el fin de evaluar el estado de esa preparación, la OMS realizó un examen interno de 119 planes nacionales valiéndose de una lista de verificación de 88 puntos. De esta manera, se encontró que el 68% de los planes se habían elaborado sobre la base de las fases de la pandemia descritas en el plan de la OMS de 2005. Aunque el 72% de los países habían establecido comités nacionales de preparación para una pandemia, únicamente un 13% tenían comités subnacionales y un 5%, planes subnacionales. Solo un 8% de los países habían puesto a prueba sus planes para una pandemia mediante ejercicios realizados antes de 2009. Más o menos la mitad de los países habían determinado los factores específicos para activar los sistemas nacionales de respuesta (figura 3.1).

**Figura 3.1** Desencadenantes específicos nacionales



110. Algunos países se enfrentan con dificultades especiales en materia de preparación para la gripe. Algunos países en desarrollo pueden encontrarse con que los planes usados por los países desarrollados no son apropiados para ellos. Los países con recursos limitados necesitan instrumentos prácticos a la medida (10). Un análisis de seis países asiáticos efectuado en 2008 mostró que la previsión de un brote de gripe aviar había centrado la atención en el mejoramiento de la vigilancia y la detección de casos como parte de la planificación para una pandemia. Sin embargo, los protocolos existentes requerían una mayor flexibilidad para dar cabida a las circunstancias cambiantes de la transmisión. Además, la capacidad para transformar los planes en operaciones era limitada (11).

---

**Resultados: evaluación de la respuesta a una pandemia**

111. Se comunicó al Comité de Examen que los países, las oficinas regionales de la OMS y entidades independientes habían examinado la respuesta. En todos los exámenes se reconoció el valor de la planificación y los informes revelaron que algunos países tenían planes eficaces y bien comprobados. A pesar de las directrices completas de la OMS y de la capacitación que costó, particularmente por conducto de las oficinas regionales, no todos los países habían preparado planes eficaces. Por lo general, los países tenían recursos suficientes para responder a la pandemia, pero reconocieron que habrían tenido dificultades si la situación hubiese sido más grave. No se puso suficiente hincapié en la planificación multisectorial ni en la continuidad de las operaciones en el sector de la salud y otros sectores.

112. Al igual que otros informes, un informe del Caribe en septiembre de 2009 concluía que:

«La mayoría de los países estaban preparados en cierta medida para responder a una posible crisis. Los esfuerzos de preparación emprendidos por los países y territorios de la subregión del Caribe desde el inicio de la pandemia por H1N1 facilitaron una respuesta eficaz a la pandemia en su forma leve. Las enseñanzas extraídas y las experiencias compartidas han alertado a los países de la necesidad de volver a evaluar su preparación para los desastres y los planes de respuesta para la mitigación de las posibles repercusiones de una pandemia grave por H1N1 en la Región.» (12).

113. En un informe de la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental (EMRO) en abril de 2010, se afirmaba que casi todos los países de la Región habían elaborado planes de preparación y respuesta para una pandemia. La oficina regional señaló que esos planes se habían elaborado desde la perspectiva del sector de la salud sin la implicación plena de otros sectores, y pocos planes se habían actualizado para tener en cuenta la pandemia por H1N1.

114. Con motivo de una conferencia celebrada en la Oficina Regional de la OMS para el Asia Sudoriental (SEARO) se dijo que si bien se había previsto una pandemia de gripe aviar, en general la preparación para una epidemia había marcado una diferencia en los países de esa Región. Aunque los países en general lidiaron bien con la pandemia, se impuso una sobrecarga al sistema de asistencia sanitaria y resultó claro que habrían tenido más dificultades si la pandemia hubiera sido más grave.

115. En septiembre de 2009, la Oficina Regional de la OMS para las Américas (OSP/AMRO) celebró una reunión de dos días a la que concurrieron representantes de todos los países de la región para examinar la utilidad de sus planes nacionales para una pandemia (13). La mayor parte de los países habían elaborado planes, pero casi todos estos se habían destinado originalmente a responder a la gripe por H5N1, de la que se esperaba una mayor gravedad. Los países comprobaron que las medidas de prevención, contención y disminución del impacto que se habían planificado no eran del todo aplicables a la pandemia de 2009 por H1N1, que causó una afección más leve pero que se transmitía más fácilmente. La necesidad de ser adaptable halló eco en otras evaluaciones, como el examen independiente de la respuesta del Reino Unido, en la cual se afirmó que la pandemia por virus H1N1 de 2009 tuvo una repercusión general más leve que «la gripe aviar [por H5N1] que se preveía y para la cual se habían elaborado los planes». Se señaló asimismo que en las etapas tempranas de una pandemia hay incertidumbre y que: «Habida cuenta del contexto de incertidumbre inherente al carácter imprevisible del virus gripal, en una situación de emergencia y cuando no hay información, existe la tendencia a dar por sentado que va a ocurrir lo peor y asignar los recursos correspondientes a la respuesta» (14).

**Resultados: respuestas de los sistemas de salud: hospitales y unidades de cuidados intensivos**

116. Aunque en el plan de preparación de 1999 de la OMS no se hacía hincapié en los requisitos de respuesta de los sistemas sanitarios, los planes correspondientes de 2005 y 2009 pusieron de relieve la importancia de la respuesta de los sistemas sanitarios y propugnaron los protocolos y algoritmos provisionales para la búsqueda, el tratamiento y la gestión de casos; las directrices sobre control de infecciones; la orientación sobre el triaje; la gestión de los aumentos repentinos de capacidad; y las estrategias de dotación de personal.

117. En varios exámenes se reconoció que la pandemia por virus H1N1 había causado una enfermedad relativamente leve, y que los países habrían tenido dificultades si esta hubiese sido más grave. Los cuidados intensivos y la capacidad de hacer frente a un gran aumento de la demanda eran dimensiones importantes de la respuesta del sistema de salud. Entre los principales puntos donde la pandemia de 2009 impuso gran presión a la asistencia sanitaria fueron los servicios de cuidados intensivos en los hospitales (15). Antes de la pandemia la OMS había emitido orientaciones limitadas acerca de las necesidades de asistencia médica y en hospitales. Los servicios de cuidados intensivos para enfermos respiratorios estuvo sometida a presión incluso en los países desarrollados.

**Resultados: utilización e idoneidad de las orientaciones de la OMS sobre la preparación para una pandemia**

118. La mayoría de los países habían trazado planes para una pandemia a partir de las orientaciones de la OMS. Había variaciones en cuanto a la calidad, el alcance, el estado de preparación y el grado de comprobación. Muchos estaban basados en la previsión de un brote de gripe por H5N1. A pesar de todo, en todos los informes de país se reconoció el valor de la preparación anticipada y el mundo estaba mucho mejor preparado para responder a esta pandemia de lo que había estado unos pocos años antes. El cambio estuvo determinado por el proceso de planificación en igual medida que por los planes en sí mismos. La aplicación del RSI también contribuyó a mejorar la respuesta. Muchos países fueron apoyados por la OMS para preparar sus planes, principalmente por conducto de las oficinas regionales. La Organización merece una gran parte del crédito por orientar y alentar a los países a preparar sus propios planes, y por la capacitación y otras formas de apoyo que brindó a muchos países para ayudarlos a fortalecer sus sistemas de vigilancia y su capacidad de laboratorio.

119. Fueron muy pertinentes las características principales de las orientaciones, como son la necesidad de un enfoque que abarque todo el país, una estructura de organización superior, un vínculo con los planes de preparación para emergencias y el RSI, y la posible gama de acciones frente a situaciones diferentes. Los planes que habían incorporado estas características eran muy eficaces. Sin embargo, los exámenes ponen de manifiesto que no todos los países habían tenido en cuenta estos atributos al elaborar sus planes, en particular la necesidad de un enfoque «que abarque toda la sociedad».

120. Buena parte de las orientaciones y muchos de los planes se basaron en la previsión de que la siguiente pandemia sería causada por el virus H5N1. Esta posibilidad alentó a los países a tomarse en serio la planificación. Esta inquietud fue alimentada por las evaluaciones de riesgos efectuadas por varias entidades de salud pública y una cobertura amplia de los medios de comunicación que apuntaban a un resultado devastador de dicha pandemia. Como corresponde, los ministerios de salud respondieron, a veces con planes muy completos, y, en los países con recursos, mediante la creación de reservas de medicamentos antivíricos. La desventaja de lo anterior, sin embargo, fue que como muchos planes giraron en torno al virus H5N1 y su ritmo de propagación, los países no estaban preparados para una enfermedad que era menos grave pero se propagaba más rápidamente.

121. Los países utilizaron la estructura en fases de la OMS para la escala de preparación requerida y para intensificar la respuesta según lo exigiera la situación; por ejemplo, cuando se declaró la fase 5 el 29 de abril, la OMS ya había recibido informes de casos de nueve países. Como reconocieron que la enfermedad se estaba propagando con rapidez, los países de Europa ya estaban en alerta elevada y ejecutando sus planes; se consideraba inevitable que la combinación de los viajes internacionales y la transmisión rápida del virus ocasionarían la pronta llegada de este a Europa. En el Reino Unido, por ejemplo, los primeros casos presuntos se identificaron en Escocia el 26 de abril y se confirmaron al día siguiente. En ese momento, el Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido puso sobre aviso a los médicos y al público, y se puso en marcha el plan de preparación del país.

122. Algunos países comprobaron que las fases mundiales de la pandemia no eran apropiadas para su situación. Las declaraciones de las fases de la pandemia fueron consideradas tardías por algunos países afectados tempranamente, y prematuras por los que resultaron afectados más tarde. Algunos países pusieron en tela de juicio la necesidad de la declaración de la pandemia, mientras que otros pensaban que el anuncio del final de la pandemia había sido muy tardío. Algunos países utilizaron las fases mundiales de la pandemia como un instrumento operativo, más bien que para fines de planificación, y empezaron a actuar aunque en su territorio no se hubiesen notificado casos.

123. El Comité de Examen llegó a la conclusión de que las fases establecidas en las orientaciones de la OMS se habían utilizado para la planificación, para describir la situación mundial y, en algunos casos, como un instrumento operativo para empezar a actuar. El Comité de Examen recomendó que en la planificación futura sería útil separar estas características. La estructura de varias fases de las orientaciones de la OMS tiene más fases que respuestas diferenciadas y es innecesariamente compleja, sobre todo para fines operativos. También recomendó revisar las orientaciones para incorporar una estructura en fases simplificada que haga hincapié en el criterio de riesgo, al mismo tiempo que los eventos se siguen muy de cerca y se cambia de dirección cuando es necesario. Además, el uso de la propagación geográfica para definir las fases de la pandemia resultó menos apropiado para caracterizar el periodo pospandémico. De manera característica, los virus pandémicos evolucionan a la forma estacional de la gripe, y la intensidad de esta varía de un país a otro. Estas consideraciones fueron evidentes en las deliberaciones del Comité de Emergencias y en los meses que precedieron a su decisión de recomendar a la Directora General que se declarase el fin de la pandemia. Las dificultades mencionadas brindan apoyo adicional a la recomendación del Comité de Examen en el sentido de simplificar la estructura de las fases pandémicas y separar las consideraciones operativas en los países del plan de preparación mundial.

## **C. La OMS: preparación, planificación y respuesta**

124. En virtud de su calidad de organismo sanitario de las Naciones Unidas, la OMS colabora con el grupo de la Coordinación del Sistema de las Naciones Unidas para la Gripe (UNSIC) en la preparación y respuesta a la gripe pandémica. En ocasión de la pandemia de 2009, la UNSIC reconoció que se necesitaba un enfoque que abarcara toda la sociedad y facilitó información valiosa y coordinación de 13 organismos intergubernamentales para apoyar la respuesta encabezada por la OMS durante la pandemia.

125. En las orientaciones de 2009 la función de la OMS en la preparación y respuesta para una pandemia abarca lo siguiente: coordinación con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional; designación de la fase mundial de la pandemia; formulación de recomendaciones sobre si hay que cambiar la producción de vacuna estacional a la de vacuna antipandémica y cuándo hacerlo; contención rápida de la emergencia inicial de la gripe pandémica; y evaluación temprana de la gravedad de la pandemia.

126. Tras el anuncio de la fase 5 en mayo de 2009, la OMS fue más allá en la definición de su objetivo: «Mitigar las repercusiones de la gripe pandémica por virus A (H1N1) mediante el fortalecimiento de la capacidad de preparación y respuesta de países y comunidades, particularmente en las regiones más vulnerables del mundo». Se especificaron seis acciones: monitorear y rastrear el avance de la enfermedad; generar conocimientos y transmitirlos; orientar y apoyar a los países; acelerar el acceso a las vacunas y otros beneficios; acelerar el acceso a los medicamentos antivíricos; y aportar liderazgo y colaboración en el ámbito sanitario mundial.

127. Como respuesta a los primeros informes de la enfermedad, la OMS comenzó los procedimientos para la gestión de un evento agudo de salud pública. El periodo operativo agudo terminó el 25 de mayo de 2009 y las actividades del Centro Estratégico de Operaciones Sanitarias (SHOC) se redujeron a medida que disminuyó el despliegue de apoyo logístico y operativo a los países. Al anunciarse la fase 6, las operaciones relativas a la pandemia se ciñeron de nuevo a las pautas programáticas ordinarias. Se estableció un grupo de evaluación de la pandemia con el cometido de unificar toda la información que se recibía para mejorar el análisis y la coordinación de la situación. Esto incluyó coordinar la entrega de datos científicos al Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE). El grupo de evaluación manejaba cuatro tipos de información; epidemiológica, clínica, relacionada con las vacunas y sobre la elaboración de modelos estadísticos. El grupo se basó en los informes de situación, que al principio se producían a diario, después a días alternos y finalmente cada semana (a partir del 26 de junio de 2009). Estos informes se referían a las características epidemiológicas de la pandemia, los datos científicos que iban surgiendo, los asuntos en torno a las vacunas, las operaciones y el apoyo a los países, las comunicaciones y el RSI. Se formaron otros grupos para abordar cuestiones particulares, como el SHOCDocs, que coordinó el examen y la aprobación de los documentos de orientación técnica.

128. Las exigencias para sostener las actividades y apoyar a los países impusieron una sobrecarga considerable al personal de la OMS. Los gestores estaban acostumbrados a comisionar a algunos funcionarios por periodos cortos para la gestión de emergencias o para determinados programas a largo plazo. La pandemia fue diferente porque creó una situación mundial prolongada que exigió una actividad intensa a lo largo de muchos meses. La Organización no cuenta con fondos considerables para imprevistos; el dinero se asigna a las prioridades acordadas por la Asamblea Mundial de la Salud o por los países donantes. Varios Estados Miembros proporcionaron personal, pero a la larga esto les planteó dificultades a algunos, especialmente cuando los efectos de la pandemia se dejaron sentir en sus propios países. Las asignaciones de personal a corto plazo también crearon problemas de falta de continuidad y transferencia de los conocimientos. El personal superior de la OMS reconoció que la organización para afrontar estos eventos tiene que ser examinada, en particular si hubiera que lidiar con una pandemia más grave. La OMS no fue la única en reconocer la sobrecarga considerable sobre la coordinación y gestión de su respuesta. Los países que habían realizado importantes ejercicios de simulación o que tenían experiencia con brotes importantes estaban mejor preparados, pero la pandemia puso de relieve el alto grado de organización y la cuantía de los recursos que se necesitan para el seguimiento de un evento de tal naturaleza.

### **Las oficinas regionales y las oficinas en los países de la OMS**

129. Las oficinas regionales, directamente y, cuando correspondía, por conducto de las oficinas en los países, brindaron apoyo a los países de diferentes maneras: por ejemplo, en las áreas de comunicaciones, orientación y apoyo técnico. Las oficinas regionales también movilizaron equipos para apoyar las acciones locales y fortalecer los sistemas, a fin de facilitar actividades tales como la distribución de medicamentos antivíricos y vacunas.



130. La OMS pudo ayudar a los países afectados en etapa más avanzada de la pandemia a fortalecer su preparación. En agosto de 2009, por ejemplo, la Oficina Regional de la OMS para África (AFRO) organizó una reunión en colaboración con los Estados Miembros para poner al día a los participantes con respecto a la situación mundial, examinar sus planes nacionales de preparación y respuesta, detectar posibles deficiencias y analizar estrategias para la movilización de recursos (16).

131. La OPS encargó un examen interno independiente de su propia respuesta y compartió los resultados con el Comité de Examen. Se expresaron opiniones positivas de los Estados Miembros acerca del apoyo técnico, la movilización de recursos y el apoyo de los Representantes de la OMS en los países a los ministros de salud. El informe de la OPS señaló varias deficiencias, como la vinculación entre la salud pública y la medicina clínica, y puntos flacos en las estructuras de gestión para seguir la pandemia y responder a ella. El informe concluía que, a pesar de estos puntos flacos, los Estados Miembros habían actuado notablemente bien, pero la respuesta no se hubiera podido sostener si la situación se hubiese prolongado más.

### **Coordinación y colaboración generales**

132. Cuando se anunció la fase 6, la estructura de gestión del evento que se detalla más adelante se transfirió efectivamente al grupo orgánico Seguridad Sanitaria y Medio Ambiente, encabezado por el Subdirector General *interino*.

### **Funciones básicas**

- Gestión de la información (GAR)
- Información epidemiológica, clínica, virológica, científica y técnica (GIP).
- Planificación, coordinación y ejecución de actividades relacionadas con las vacunas antipandémicas (IVB).
- Coordinación y planificación con las oficinas regionales y las oficinas en los países y con la GOARN (GAR y HAC).
- Solicitudes y asuntos relacionados con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).
- Planificación y autorización de documentos técnicos (SHOCDocs, GIP, HSE/ADGO).
- Gestión de las actividades relacionadas con los medios de comunicación (GAR).
- Apoyo administrativo (HSE y DGO).

ADGO = Oficina del Subdirector General; DGO = Oficina de la Directora General; GAR = Alerta y Respuesta Mundiales; GIP = Programa Mundial de la Gripe; HAC = Acción Sanitaria en las Crisis; HSE = Seguridad Sanitaria y Medio Ambiente; IVB = Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos; RSI = Reglamento Sanitario Internacional; SHOCDocs = Equipo de Documentos del Centro Estratégico de Operaciones Sanitarias.

### **Estructura de gestión del evento pandémico**

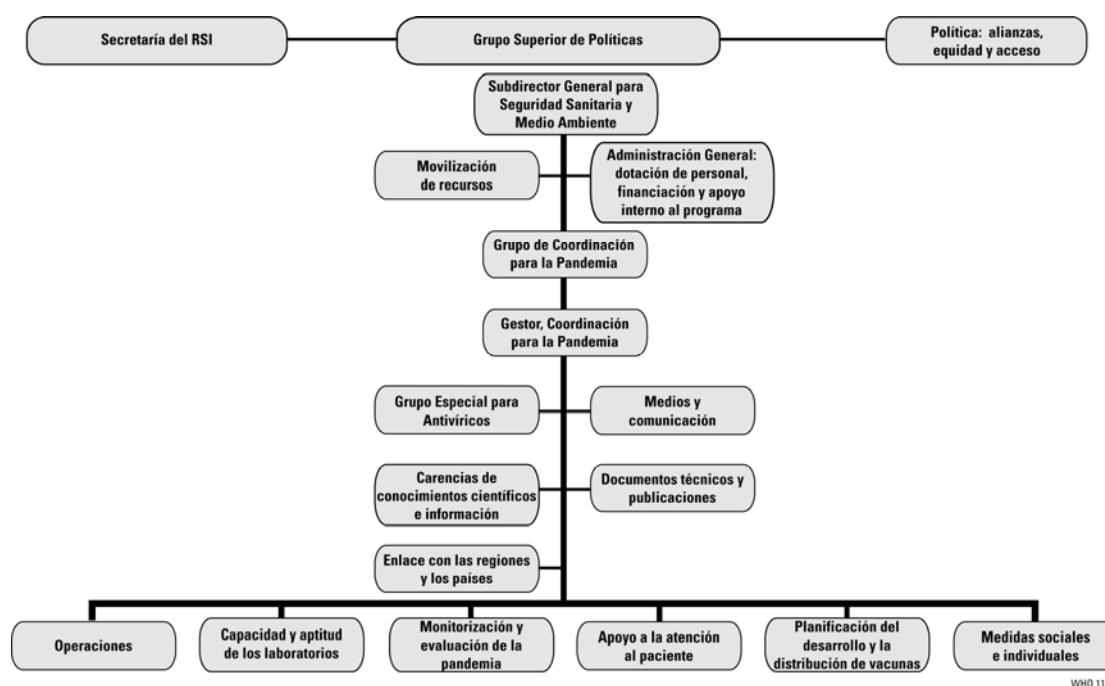
133. Las políticas y las decisiones estratégicas corrieron a cargo del grupo superior de políticas (GSP). La estructura de gestión fue la siguiente:

- Director ejecutivo del proyecto (Subdirector General/HSE).
- Director administrativo del proyecto (nombramiento temporal).

- Jefes de los equipo funcionales.

134. A finales de julio de 2009 se contrató a un antiguo Representante de la OMS para que viajara a Ginebra y comenzara a organizar los equipos funcionales para la respuesta a la pandemia (figura 3.2).

**Figura 3.2** Funciones básicas de la gestión de la pandemia y relaciones de subordinación



**Fuente:** WHO Headquarters Pandemic (H1N1) 2009 Organizations and Resources. Folleto de la Organización Mundial de la Salud.

135. Esta estructura se anunció oficialmente el 7 de septiembre de 2009. En el apéndice IV pueden consultarse los detalles.

136. El 12 de octubre de 2009, el Subdirector General de Seguridad Sanitaria y Medio Ambiente fue nombrado Asesor Especial de la Directora General sobre Gripe Pandémica. El Director General Adjunto asumió temporalmente el puesto de Subdirector General del grupo orgánico HSE. El 26 de julio de 2010, el Asesor Especial envió un memorando a todos los jefes de departamento del grupo orgánico HSE con indicación de que se prepararan para las operaciones pospandémicas y devolvieran el personal prestado a sus lugares de asignación.

## D. Vigilancia, monitoreo y notificación

137. El monitoreo de una pandemia de gripe exige contar con información oportuna y exacta. Los datos de cada país, cuando se comparten y agrupan a escala mundial, pueden ayudar a caracterizar rasgos importantes del virus pandémico; orientar las actividades de prevención y control; facilitar la distribución de medicamentos antivíricos y vacunas, y contrarrestar los rumores y la información incorrecta (17).

138. Antes de la pandemia por H1N1, la vigilancia virológica de los virus gripales en los planos mundial y nacional estaba bien establecida por intermedio de la Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe (RMVG). Además, el Reglamento Sanitario Internacional estipula las obligaciones y los procedimientos que tanto los países como la OMS deben cumplir con respecto a la detección temprana, la vigilancia, la evaluación de riesgos, la verificación y la notificación de eventos de salud pública que pudieran plantear una amenaza mundial (véase el capítulo I).

139. Para suplementar estos mecanismos, la OMS colaboró con los Estados Miembros y otros asociados en el fortalecimiento de la vigilancia de la gripe estacional (18, 19) y en la preparación de orientaciones uniformes para la vigilancia de la enfermedad durante una pandemia.

## **Orientaciones de la OMS para la vigilancia mundial de la enfermedad durante una pandemia de gripe**

### **Periodo prepanémico**

140. En diciembre de 2007, la OMS convocó una reunión de consulta técnica para empezar a preparar las orientaciones para la vigilancia mundial durante una pandemia de gripe. En esa oportunidad se pusieron de relieve dificultades importantes: a menudo los países con menos recursos carecían de sistemas de vigilancia de la gripe; y los sistemas de vigilancia de la gripe diferían en cuanto a su finalidad, orientación, tipo y número de las fuentes de datos, enfoques metodológicos (en especial la falta de una definición de caso aceptada universalmente) y el nivel de recursos para recopilar y elaborar la información. Otros recursos, como el sistema de vigilancia sindrómica y el sistema de vigilancia integrada de las enfermedades y respuesta de África - un sistema de alerta temprana centrado en la detección rápida de enfermedades epidémicas - podían usarse para la vigilancia de la gripe pandémica (20).

141. La OMS, en consulta con un grupo de expertos, posteriormente preparó el documento *Global Surveillance during an Influenza Pandemic* (17). El documento de orientación se estaba examinando cuando la pandemia comenzó y se publicó al poco tiempo en el sitio web de la OMS.

142. Se aconsejó a los países que trazaran planes para tres tipos de actividades o componentes de vigilancia a fin de detectar la aparición de una nueva enfermedad, caracterizarla y seguir su evolución (figura 3.3). El objetivo del primer componente de la vigilancia (es decir, detectar e investigar el primer indicio de transmisión de persona a persona de un virus gripal con potencial pandémico) coincidía muy de cerca con las capacidades básicas prescritas por el RSI. El segundo componente (es decir, la evaluación a fondo de un número limitado de los casos más tempranos en cada país) abarcó la caracterización de los rasgos clínicos, epidemiológicos y virológicos de la nueva enfermedad, información que resulta esencial para evaluar la gravedad del evento. El tercer componente apuntaba a hacer el seguimiento de la propagación geográfica y específica de cada país del virus pandémico; la intensidad con que la enfermedad estaba ocurriendo; si el número de casos tendía a aumentar o disminuir, y las repercusiones que la pandemia estaba teniendo sobre la infraestructura de asistencia sanitaria. La finalidad era que cada país pudiera recopilar estos indicadores cualitativos y que estos fuesen útiles para gestionar la pandemia en los niveles mundial y nacional.

**Figura 3.3** Resumen de los componentes de la vigilancia a nivel nacional

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud. *Global surveillance during an influenza pandemic.*

Versión 1. 28 de abril de 2009.

[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global\\_pandemic\\_influenza\\_surveillance\\_apr09.pdf](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global_pandemic_influenza_surveillance_apr09.pdf)

### Durante la pandemia

143. El 27 de abril de 2009, la OMS publicó orientaciones suplementarias de vigilancia que se centraban en los aspectos operativos para la detección, la confirmación mediante pruebas de laboratorio, el monitoreo y la evaluación de los casos de infección por el virus pandémico (H1N1) 2009 (21). Las orientaciones alentaban a los países a mejorar sus capacidades de vigilancia y diagnóstico de la gripe y otras infecciones respiratorias agudas, sacando provecho de las estructuras y los recursos de vigilancia existentes.

144. A medida que la pandemia de gripe evolucionaba, el número cada vez mayor de casos en los países con transmisión comunitaria sostenida dificultaba mucho, cuando no impedía del todo, que los países intentaran la confirmación de todos los casos mediante pruebas de laboratorio (22). En algunos países, esta estrategia estaba absorbiendo la mayor parte de la capacidad nacional de laboratorio y respuesta, y quedaba poca capacidad para monitorear e investigar los casos graves y otros eventos excepcionales. Es más, en esos países dejó de considerarse esencial llevar la cuenta de los casos individuales y en vez de ello se pasó a monitorear ya fuese la magnitud o la índole del riesgo planteado por el virus pandémico o a guiar la ejecución de las medidas de respuesta más apropiadas.

145. Por estos motivos, en julio de 2009 la OMS dio a conocer unas directrices provisionales para la vigilancia aplicables a la fase 6 de la pandemia mundial (23). Como se había hecho antes, se pidió a los países que comunicaran: la detección de los primeros casos confirmados por el laboratorio de infección por el virus pandémico (H1N1) 2009; el número acumulado de casos semanales (si era factible); información descriptiva sobre los primeros casos; eventos poco frecuentes que pudiesen repre-

sentar un cambio de las características epidemiológicas y clínicas del virus pandémico, y los datos de la vigilancia virológica. Se recomendó efectuar pruebas de laboratorio en una muestra de casos presuntos de gripe pandémica por (H1N1) 2009, especialmente para confirmar la infección en zonas nuevas y estudiar los casos graves. Con relación a los países donde había transmisión en toda la comunidad, las orientaciones señalaron que la atención dejara de centrarse en la cuenta de casos individuales y en su lugar se comunicara la situación nacional de la pandemia mediante los cuatro indicadores cualitativos. A los Estados Miembros que tenían sistemas de vigilancia de la gripe se les pidió que facilitaran, cada semana, información cuantitativa sobre enfermedades de tipo gripal y afecciones respiratorias agudas graves.

146. El 10 de agosto de 2010, coincidiendo con el anuncio por la Directora General del paso al periodo pospandémico, la OMS publicó orientaciones para la vigilancia durante dicho periodo. Esas directrices se centraron en: la detección temprana de eventos inusuales que pudiesen indicar un cambio de la gravedad o las características de la gripe o la aparición de un virus nuevo; el establecimiento y monitoreo de las tasas de referencia de enfermedades respiratorias graves, en particular la gravedad, la carga de morbilidad y las repercusiones de la gripe; la descripción y el monitoreo de grupos vulnerables con el mayor riesgo de contraer una afección grave y la detección de cambios antigénicos o genéticos en los virus circulantes o la aparición de resistencia a los antivíricos (24).

### **Intercambio de virus y vigilancia serológica**

147. La Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe facilitó el intercambio y el análisis rápidos de las muestras virológicas a lo largo de la pandemia; al 5 de junio de 2010, 155 países habían compartido 26 066 muestras (de aislamientos víricos y muestras clínicas) con los Centros Colaboradores de la OMS. El proyecto OMS de financiación de los envíos, creado en 2005, ayudó al intercambio de muestras y virus. Durante la pandemia por H1N1, el fondo costó 316 envíos de 81 países a un costo de más de US\$ 400 000. La OMS también proporcionó materiales para la recogida de muestras (hisopos y medios de transporte para virus) a los países de pocos recursos.

148. Pocos días después del anuncio de que se había detectado un nuevo virus gripal A (H1N1), el Centro Colaborador de la OMS en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América creó un método de detección de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RCP-TR) y preparó estuches de prueba. Entre el 1 de mayo de 2009 y el 10 de agosto de 2010, se repartieron 2168 estuches (aproximadamente 1000 pruebas por estuche, lo que arroja más de dos millones de pruebas) para la detección del virus gripal pandémico (H1N1) 2009 de forma gratuita a laboratorios de todo el mundo (incluidos 709 estuches distribuidos en los Estados Unidos de América).

149. Las pruebas diagnósticas y el monitoreo de la evolución del virus H1N1 constituyeron el núcleo de la respuesta de laboratorio a la pandemia. Los Centros Nacionales de Gripe sometieron a pruebas más de dos millones de muestras clínicas durante 2009 y comunicaron semanalmente los datos de vigilancia virológica a FluNet. Entre el 19 de abril de 2009 y el 19 de mayo de 2010, los Centros Colaboradores de la OMS identificaron más de 11 000 muestras positivas. Al principio, el objetivo principal fue someter a prueba las muestras de todos los casos presuntos lo más rápido posible para evaluar la magnitud de la propagación del virus pandémico. Esta información se comunicaba al Centro Nacional de Enlace para el RSI y permitió que la OMS monitoreara y notificara los casos de infección confirmados mediante pruebas de laboratorio. Asimismo, se alentó a los laboratorios a enviar toda muestra positiva al virus gripal A que no pudieran subtipificar a los Centros Colaboradores de la OMS para la subtipificación. Conforme la pandemia fue avanzando, las pruebas de laboratorio se realizaron de forma más selectiva para apoyar el monitoreo epidemiológico. Además, se otorgó prioridad a las

pruebas de los pacientes más gravemente afectados para determinar si los cambios del virus eran la causa de una forma más grave de la enfermedad.

150. A lo largo de la pandemia, la OMS pidió a los laboratorios de los países que enviaran muestras clínicas positivas y virus pandémicos representativos a los Centros Colaboradores para su caracterización. En dichos centros se realizaron análisis antigénicos y genéticos de más de 6000 aislados víricos entre el 19 de abril de 2009 y el 19 de mayo de 2010. Los Centros Colaboradores de la Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe, los Laboratorios Reguladores Esenciales y otras instituciones asociadas colaboraron para obtener virus pandémicos para vacunas experimentales y reactivos (25); a los 32 días de la declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional, se seleccionó el virus A/California/7/de tipo 2009 para elaborar la vacuna experimental y ya se contaba con el primer virus reagrupado candidato para la obtención de la vacuna contra la gripe. A las pocas semanas, el 13 de julio de 2009, se obtuvieron los primeros reactivos de prueba de potencia diversa para la vacuna contra el virus pandémico (H1N1) 2009. La secuenciación molecular para monitorear una posible deriva génica mostró que todos los virus eran similares desde el punto de vista genético al virus vacunal A/California/7/2009, y que las variaciones genéticas eran menores (25). La Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe también monitoreó activamente la resistencia del virus pandémico H1N1 a los medicamentos antivíricos y preparó protocolos para las pruebas de sensibilidad. Estas pruebas apuntalaron las recomendaciones nacionales y mundiales con respecto a los medicamentos antivíricos. Estudios serológicos realizados por Centros Colaboradores de la OMS hallaron indicios de anticuerpos neutralizantes de reacción cruzada al virus pandémico entre los adultos de mayor edad, lo que ayuda a explicar las características de los distintos cuadros clínicos observados.

151. Desde el comienzo de la pandemia, la OMS coordinó teleconferencias periódicas con los laboratorios de la Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe y otros asociados, como la Federación Internacional de la Industria del Medicamento, la Red de Fabricantes de Vacunas de los Países en Desarrollo y otros fabricantes a nivel mundial. A partir de junio de 2009, la OMS organizó teleconferencias técnicas semanales en torno a los virus gripales pandémicos (H1N1) 2009 reagrupados que según todos los indicios eran óptimos para la producción de vacunas. Esta forma de colaboración facilitó la obtención de los virus reagrupados candidatos para la vacuna directamente después de la recomendación de la cepa vírica vacunal.

152. Frente a estos logros evidentes, los miembros del Comité de Examen creyeron que en este caso la Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe había funcionado bien y había facilitado la detección, identificación, caracterización inicial y monitoreo oportunos del virus pandémico (H1N1) 2009. Se trató además de la primera ocasión en que una iniciativa mundial de laboratorio se coordinaba bien por un periodo prolongado. La experiencia anterior con los brotes por virus H5N1 habían suscitado dudas acerca de la disposición de algunos países a compartir fácilmente aislados víricos.

153. La pandemia permitió aumentar la capacidad de diagnóstico de algunos países gracias a la descentralización de los lugares para efectuar las pruebas y el mejoramiento de las técnicas microbiológicas a nivel nacional (13). Sin embargo, la magnitud de la respuesta de laboratorio necesaria para satisfacer las necesidades de la pandemia superó la capacidad de algunos países. La vigilancia serológica tuvo algunas lagunas, particularmente en África. Al comenzar la pandemia había ocho Centros Nacionales de Gripe en dicho continente, y solo cinco funcionaban. Según informó la Secretaría de la OMS, la capacidad de laboratorio es limitada en las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental. Esa limitación se observa tanto a escala nacional como subnacional en muchos países.

154. La Secretaría de la OMS también señaló que un año después de la pandemia algunos países no podían detectar ni notificar todavía un caso de infección por el virus pandémico (H1N1) 2009. Durante la pandemia, incluso los laboratorios dotados de recursos afrontaron problemas por no contar con

los logaritmos apropiados para efectuar las pruebas. En algunos casos, al comienzo de la pandemia la realización de pruebas en todos los casos presuntos de gripe pandémica agotó las existencias de reactivos y con ello se limitó la posibilidad de hacer pruebas a los pacientes gravemente enfermos y hospitalizados. Los Centros Colaboradores proporcionaron una cantidad limitada de reactivos a los Centros Nacionales de Gripe: aunque también podían adquirirse en el mercado, los países de pocos recursos no tenían medios para adquirirlos. Esto pone de manifiesto la necesidad de que el acceso a los reactivos de laboratorio sea más equitativo.

155. Los países tuvieron dificultades a causa del gran volumen de muestras que se enviaban para pruebas de laboratorio. En los países pobres con una capacidad limitada, los laboratorios se vieron superados al tratar de atender las necesidades clínicas nacionales y al mismo tiempo suministrar muestras para la vigilancia mundial. La Secretaría indicó que en los análisis mundiales no se incluyeron los resultados de muchos laboratorios porque la información no se había incorporado en FluNet. Algunos países modificaron sus estrategias para las pruebas de laboratorio; así, por ejemplo, era más frecuente obtener muestras de los pacientes graves o con factores de riesgo para hacerlas analizar. Esto puede ocasionar cierto sesgo a la hora de determinar qué proporción de los virus circulantes eran estacionales y cuáles eran pandémicos, y subraya la necesidad de que las funciones de vigilancia mediante el laboratorio y clínica se coordinen mejor.

156. Estas necesidades de vigilancia refuerzan la importancia de fortalecer la capacidad tanto regional como local. La Secretaría de la OMS ha informado de que están en marcha actividades para mejorar la capacidad de laboratorio de los Centros Nacionales de Gripe y para aumentar el número de estos y de Centros Colaboradores de la Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe. Desde que comenzó la pandemia, se han agregado 10 Centros Nacionales de Gripe y un Centro Colaborador (en China). Además, se sigue trabajando en la automatización de la recogida y notificación de los datos, el mejoramiento de la capacitación en los laboratorios y el uso de medidas como la garantía de la calidad de las pruebas. Ello facilitará la vinculación de los datos epidemiológicos y de laboratorio, mejorará la respuesta regional y mundial a las enfermedades transmisibles y facilitará la colaboración entre los Centros Nacionales de Gripe. La Secretaría señaló que esos esfuerzos tienen que continuar pero exigirán el apoyo constante de los Estados Miembros y otros donantes.

### **Monitorización y notificación de enfermedades a escala mundial**

157. El 24 de abril de 2009, la OMS empezó a publicar datos de la vigilancia mundial en su sitio web. Estas actualizaciones de la situación se publicaron casi a diario hasta el 6 de julio de 2009. En cada informe se incluían datos acerca del número acumulado de casos y defunciones confirmados mediante pruebas de laboratorio, así como los casos nuevos confirmados. También se indicaba la distribución geográfica de los casos.

158. Después de publicadas las orientaciones actualizadas sobre la vigilancia, en julio de 2009, la notificación de enfermedades a escala mundial sufrió varias modificaciones. Para empezar, ya no era necesario que los países efectuaran pruebas en todos los casos de infección por el virus pandémico (H1N1) 2009 ni que notificaran cada caso. Como consecuencia, los datos tabulados del número acumulado de casos y defunciones se notificaron por regiones de la OMS con la advertencia explícita de que dichas cifras representaban «subestimaciones del número real». Los informes regionales de las defunciones continuaron hasta el 1 de agosto de 2010, si bien dos regiones no habían proporcionado datos actualizados durante varios meses. Empezaron entonces los informes nacionales que incluían: indicadores cualitativos de la propagación geográfica mundial de la gripe; tendencias de las enfermedades respiratorias agudas; la intensidad de la actividad de las enfermedades respiratorias; y las repercusiones de la pandemia en los servicios de asistencia sanitaria. A medida que la pandemia avanzaba, entre 60 y 80 países notificaban semanalmente datos de indicadores cualitativos. La Secretaría de

la OMS afirma que esta información cualitativa era útil y a menudo más oportuna que los datos cuantitativos. Además de las actualizaciones de la situación, la OMS proporcionaba resúmenes más detallados de la situación epidemiológica en el *Weekly Epidemiological Record*.

159. La pandemia de gripe de 2009 fue el primer evento mundial monitoreado de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional. La recopilación, el análisis y la notificación semanales por la OMS de datos de vigilancia epidemiológica, virológica y clínica mantenían al mundo informado oportunamente de lo que estaba sucediendo. No obstante, la Organización y los países se enfrentaban con dificultades formidables para monitorear la enfermedad pandémica. La información proporcionada al Comité de Examen acerca de la experiencia de los países y de la Secretaría de la OMS puso de relieve varios problemas.

- La falta de un mecanismo para la notificación sistemática de datos normalizados de los países resultó particularmente problemática. En su lugar, la OMS recopiló activamente y analizó datos de diversas fuentes, entre ellas los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, los informes de los medios de comunicación, los informes publicados y la información dada a conocer en los sitios web oficiales de las autoridades nacionales de salud, las publicaciones en revistas científicas arbitradas, las redes técnicas oficiosas coordinadas por la OMS y los datos de vigilancia serológica de FluNet (26). Aunque se consiguió información valiosa, esta forma de proceder es ineficiente y exige muchos recursos.
- Los datos notificados con más regularidad por los Estados Miembros fueron las cantidades de casos y defunciones, que resultaron útiles para seguir de cerca la propagación inicial de la pandemia. Sin embargo, esas cifras eran incompletas y representaban solo una parte del espectro total de la enfermedad.
- Al principio de la epidemia la información más útil se obtuvo por las teleconferencias con los países afectados y los asociados, la Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe y las redes clínicas y epidemiológicas informales.
- La necesidad de contar con información detallada para monitorear las características epidemiológicas y clínicas del virus pandémico era decisiva. Sin embargo, muchos países, especialmente los que carecían de sistemas de vigilancia de la gripe estacional, no tenían datos sobre las afecciones de tipo gripal ni las infecciones respiratorias agudas. Los datos de indicadores cualitativos ayudaron a comprender un poco la situación, pero eran forzosamente limitados. Cabe señalar que los datos del monitoreo virológico (es decir, el porcentaje de muestras que dieron positivo) se usó como sustituto para indicar dónde se estaba produciendo la transmisión más intensa.
- Los países que contaban con sistemas de vigilancia no recopilaban los datos de una manera uniforme, lo cual dificultó o imposibilitó la comparación entre los países. Por ejemplo, aunque era muy prioritario entender los factores de riesgo de la afección clínica, a menudo los países agruparon sus datos mediante diferentes combinaciones de factores de riesgo difíciles de desglosar. De manera análoga, los países también usaron diferentes grupos de edad.
- A veces hubo demoras en la comunicación de los datos de la vigilancia pandémica sistemática en los países al nivel regional y de este al mundial.
- Aun cuando el RSI define las responsabilidades de los países en cuanto a una vigilancia mínima, no son tan claros los requisitos de monitoreo sistemático de los eventos una vez que han sido comunicados.



160. La capacidad y los métodos de la vigilancia de enfermedades variaron ampliamente de un país a otro. Se aplicaron la vigilancia activa (es decir, la investigación de conglomerados de casos de infección respiratoria aguda en la comunidad o el monitoreo de los casos hospitalizados) y la vigilancia pasiva, incluida la vigilancia de rumores en algunos países. Un examen de la vigilancia en la Región del Mediterráneo Oriental señaló que «el monitoreo del evento por conducto de los medios de comunicación fue muy importante para los países al principio, para determinar la tendencia de la enfermedad a escala mundial».

161. En condiciones ideales, los países deberían tener programas para investigar los eventos nuevos y monitorearlos a lo largo del tiempo; cuál de estas dos tareas será más activa en un momento dado dependerá de la etapa en que se halle la pandemia en un país determinado.

162. La vigilancia y la notificación son actividades que exigen muchos recursos. El Comité de Examen señaló que los requisitos de información deberían limitarse al mínimo necesario; las solicitudes semanales de datos específicos resultaron abrumadoras para algunos países, en particular los que tenían una capacidad epidemiológica y de laboratorio limitada. Los funcionarios en los países no siempre estaban convencidos de que los datos que presentaban se analizaban y utilizaban, particularmente a medida que la pandemia avanzaba. Si se necesita hacer ajustes, esos cambios se deben informar rápidamente a los países y otros asociados.

163. A pesar de muchas dificultades, se pudo monitorear la evolución de la pandemia y detectar tendencias importantes. Un objetivo importante sigue siendo el mejoramiento de los métodos internacionales de vigilancia, en particular la selección de un conjunto mínimo de datos que permita una notificación mejor y más oportuna. La notificación continua del número de casos aportó información menos útil que si se hubieran proporcionado las tasas de hospitalización, complicaciones y defunciones en los países afectados en etapa temprana de la pandemia.

## **E. Evaluación de la gravedad de la pandemia**

164. La gravedad de una pandemia es un elemento importante de la planificación prepandémica y para las actividades de respuesta. Reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad que acompañan a la pandemia está inextricablemente unido a la comprensión de la gravedad. Aunque hay acuerdo en torno a la importancia de cuantificar la gravedad de una pandemia, no está muy claro cómo hacerlo.

### **Evaluación de la gravedad: consideraciones prepandémicas**

165. El tema de la gravedad de la pandemia se abordó durante la preparación de las orientaciones de la OMS de 2009 sobre la preparación y respuesta frente a una gripe pandémica. En abril de 2008, con motivo de una reunión de consulta mundial sobre estrategias de control de enfermedades pandémicas se mencionaron varias dificultades para evaluar la gravedad. En primer lugar, la gravedad probablemente diferiría de un país a otro a causa de las diferencias en los servicios de salud, el estado de salud de la población y los factores sociales y comportamentales. En segundo lugar, la escasez de información fidedigna y completa en las primeras etapas de una pandemia limitaría la solidez de cualquier evaluación de la gravedad. Las evaluaciones en los primeros países afectados podrían no tener suficiente especificidad como para resultar útiles a los países que aún no eran afectados. En tercer lugar, es probable que la gravedad cambiara con el tiempo a medida que la pandemia evolucionara. En consecuencia, la gravedad de la pandemia tendría que evaluarse continuamente.

166. En la reunión de consulta se consideraron las diferencias entre las evaluaciones mundiales y nacionales de la gravedad. Se apoyó la evaluación general de la gravedad a escala mundial basándose en las consecuencias directas de la pandemia sobre la salud. Las consecuencias indirectas, regidas por una gama de factores culturales y comportamentales, probablemente serían particulares de cada país. Aun así, se alentaría a los países a realizar evaluaciones nacionales aplicando cualquier combinación de indicadores sanitarios y de otro tipo que se ajustaran a sus necesidades. Se consideraron algunos posibles indicadores sanitarios de la gravedad mundial de la pandemia, como la tasa de letalidad. Hubo acuerdo en el sentido de que sería difícil medir muchos de los indicadores propuestos, debido en parte a la falta de datos oportunos y al posible sesgo de los datos por detección y notificación insuficientes y clasificación errónea de los casos.

167. En la reunión se planteó si era viable elaborar un índice mundial de gravedad y se señaló que los Estados Unidos habían elaborado un instrumento parecido, una escala de cinco puntos denominada «índice de gravedad de pandemias». En él se utilizaban como variables indicadoras algunas características epidemiológicas, como la tasa de letalidad ( $<0,1$  a  $>2\%$ ) (27). La OMS decidió que sería imposible emplear un índice predeterminado debido a la variabilidad existente a nivel mundial.

168. En la reunión de consulta no se ultimó un conjunto de indicadores pero sí se indicó que la interpretación de los datos iniciales se basaría en una serie de indicadores del sector de la salud y en el asesoramiento de expertos. Los indicadores se seleccionarían para reflejar la complejidad de la gravedad y, al mismo tiempo, permitir a la OMS realizar una evaluación cualitativa de la gravedad a escala mundial utilizando una escala sencilla, de tres niveles (leve, moderada y grave).

169. La cuestión de cómo evaluar la gravedad de una pandemia se volvió a examinar de nuevo en mayo de 2008, en una reunión de consulta mundial encabezada por la OMS acerca del perfeccionamiento de las orientaciones en materia de preparación para una pandemia. En las evaluaciones retrospectivas de pandemias anteriores se habían utilizado términos que iban desde «leve» (referido a la gripe estacional) a «grave» (niveles enormemente elevados de mortalidad y morbilidad, como ocurrió durante la pandemia de 1918-19). Una evaluación basada en los efectos directos sobre la salud arrojaría probablemente resultados diferentes en distintos países y en el interior de un mismo país, al margen de cuál fuera la definición de «gravedad». Los consultores expresaron preocupación por el hecho de que una escala numérica (de 1 a 10, por ejemplo) podía comportar un grado de precisión inalcanzable y dar lugar a formulaciones complejas. En las consultas celebradas antes de la pandemia se había abogado a favor de la simplicidad y de disponer de indicaciones de los aspectos desconocidos. En la reunión de mayo de 2008 se estableció un nexo entre las evaluaciones de la gravedad y la capacidad nacional para desempeñar las tareas de vigilancia antipandémica (17).

170. En el informe de esa consulta se llegó a la conclusión de que las primeras evaluaciones de la gravedad debían utilizar más de un indicador y ofrecer información cualitativa y cuantitativa para que los expertos la interpretaran. Además, en una conferencia de la OMS celebrada en Cancún en 2009 y en la Conferencia Ministerial de EMRO celebrada en El Cairo se analizó la experiencia de Egipto en la elaboración de un índice de gravedad.

171. El fruto de estas reuniones de consulta fueron las orientaciones de la OMS en materia de preparación y respuesta ante una gripe pandémica (28), que se publicaron al comienzo de la pandemia. En ellas se afirmaba que una de las atribuciones principales de la OMS durante una pandemia consistiría en proporcionar valoraciones iniciales de la gravedad basadas en los efectos perceptibles sobre la salud. Los datos cuantitativos y cualitativos relativos a esos efectos se utilizarían para estimar la gravedad según una escala de tres puntos (leve, intermedia o grave). En esas orientaciones se enumeraban, como posibles indicadores sanitarios de la gravedad, la tasa de letalidad, una morbilidad inusualmente grave, pautas de mortalidad imprevistas y la aparición de complicaciones insólitas.

## **Enfoque de la OMS para evaluar la gravedad durante la pandemia**

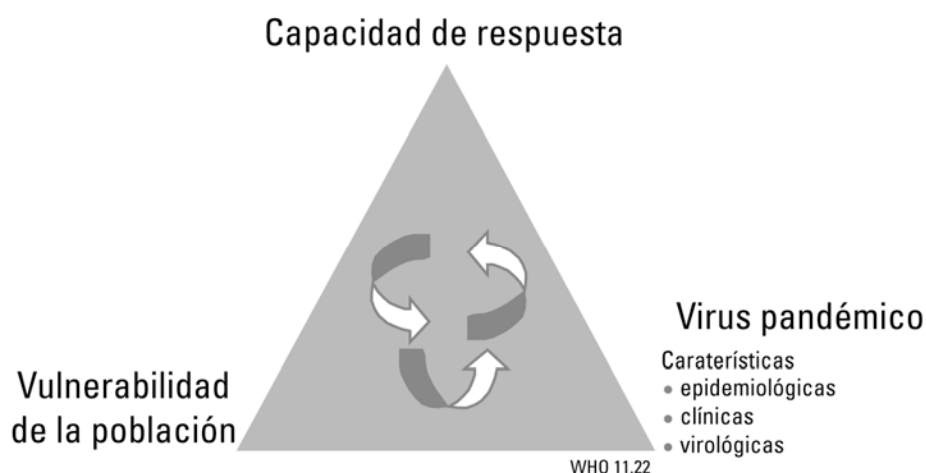
### **Evaluación rápida de la gravedad a escala mundial**

172. Al comienzo de la pandemia de 2009, la OMS trató de hacer una evaluación rápida de la gravedad a escala mundial basándose en información relacionada con la salud. La Secretaría de la OMS facilitó al Comité de Examen un esquema detallado de las actividades principales y los resultados de importancia para que este evaluara la gravedad (apéndice VII). La OMS recabó información de los primeros países afectados mediante una serie de teleconferencias (29 de abril, 5 de mayo y 1 de junio de 2009) y celebrando conversaciones bilaterales.

173. La Secretaría de la OMS informó al Comité de Examen de que, pese a haber recibido datos preliminares sobre los efectos sanitarios de México, los Estados Unidos y el Canadá, una evaluación interna realizada el 28 de abril de 2009 había llegado a la conclusión de que esa información era insuficiente para evaluar la gravedad a nivel mundial.

174. Cabe destacar las teleconferencias del 29 de abril y el 5 de mayo de 2009 porque en ellas se notificó una amplia gama de manifestaciones clínicas de la enfermedad, que iban desde la experiencia de México, donde se registraron casos graves y la propagación fue rápida, hasta los casos leves esporádicos notificados por el Canadá y los Estados Unidos (29, 30). Los participantes advirtieron que se tardaría en obtener una imagen más completa del virus. El 11 de mayo de 2009, antes de que transcurrieran tres semanas del anuncio de la emergencia de salud pública de importancia internacional, la OMS describió los factores que incidían en la gravedad general de la pandemia (31), señalando que, con la excepción del brote en México, el virus H1N1 tendía a causar «enfermedad muy leve en personas sin otras enfermedades», pero «infecciones más graves y letales en personas con afecciones subyacentes».

175. La OMS comenzó a elaborar cuadros con los datos recopilados con el fin de organizar la información proveniente de los países afectados sobre las características epidemiológicas, clínicas y virológicas de los primeros casos. Esos cuadros se enviaron a los Centros Nacionales de Enlace para que verificaran la información, y se observaron pautas de información sobre las características del virus pandémico comunes a distintos países. El 29 de mayo de 2009 la OMS publicó un marco de evaluación de la gravedad dividido en tres partes (figura 3.4): *i*) el virus pandémico y sus características virológicas y manifestaciones epidemiológicas y clínicas; *ii*) la vulnerabilidad de la población, relacionada, en parte, con el nivel de inmunidad al virus preexistente entre la población y la proporción de personas con factores de riesgo para enfermarse gravemente o fallecer; y *iii*) la capacidad de respuesta (acceso a atención de salud, comunicación y movilización social) y la preparación anticipada y respuesta (32). También se resumieron los datos epidemiológicos, clínicos y virológicos que la OMS tenía a su disposición.

**Figura 3.4** Marco de evaluación de la gravedad

176. El 5 de junio de 2009, el Comité de Emergencias examinó los informes de las teleconferencias regionales que habían tenido lugar el 1 de junio y en las que los participantes habían examinado una escala de gravedad y los indicadores correspondientes, así como comparaciones con la actividad de la gripe estacional, y consideró si debía establecerse una escala de gravedad a nivel mundial o nacional. Los participantes expresaron preocupación por el uso del término «leve» en una clasificación de la gravedad, y se debatió acerca de términos distintos, como «moderado», «agravado» o «grave».

177. Durante la reunión que el Comité de Emergencias celebró el 11 de junio 2009 se plantearon las cuestiones de la gravedad y de los factores que incidían en ella. Los miembros acordaron que la gravedad de la pandemia debía calificarse de «moderada». Sus recomendaciones acerca de la gravedad fueron las siguientes:

- En esa fase inicial, la enfermedad asociada a la pandemia se caracterizaba por ser de gravedad moderada, lo que significaba que la gran mayoría de los casos se recuperaban espontáneamente sin un tratamiento específico aunque, como sucedía con la gripe estacional, una pequeña proporción de los afectados sufría afecciones graves que con poca frecuencia podían llevar a la muerte.
- La gravedad de la enfermedad se seguiría de cerca utilizando un conjunto de características, como la evolución clínica, la estructura genética del virus, el impacto en los servicios de salud y las repercusiones en la situación socioeconómica general. La OMS debía informar al mundo de los cambios que se produjeran en el cuadro de gravedad de la pandemia.

178. El 11 de junio de 2009, coincidiendo con el paso a la fase pandémica 6, la Directora General declaró que la gravedad general de la pandemia era «moderada» (33), lo que era indicio de que:

- 1) la mayoría de las personas se recuperaban de la infección sin necesidad de hospitalización o atención médica;
- 2) en general, los niveles nacionales de enfermedad grave eran semejantes a los observados a nivel local en los periodos de gripe estacional; y

- 3) en general, los hospitales y los sistemas de atención de salud de la mayoría de los países habían estado en condiciones de sobrellevar la situación, aunque algunas localidades se habían visto sometidas a una gran tensión.

### **Evaluaciones continuas durante la pandemia**

179. La OMS evaluó continuamente la gravedad de la pandemia como parte integrante de la labor de vigilancia y seguimiento. El Grupo de Evaluación de la Pandemia, integrado por funcionarios de la OMS adscritos a la Oficina de la Directora General, el Programa Mundial de la Gripe, Alerta y Respuesta Mundiales y Comunicaciones, así como por los coordinadores de las redes virtuales de clínicos, epidemiólogos y virólogos, revisó los nuevos datos obtenidos. Se utilizaron varios indicadores para evaluar la gravedad en función de cinco dimensiones (a saber, ¿cuántas personas se estaban enfermando? ¿cuántas personas estaban muriendo? ¿cuál era la proporción de casos graves? ¿se había producido una variación en los grupos de riesgo? y ¿cómo estaban sobrellevando la situación los sistemas de salud?). Se recabó información de los sitios web de los ministerios de salud y de informes elaborados por los países, examinando las publicaciones especializadas y celebrando teleconferencias con profesionales de la salud a nivel nacional, algunas de ellas de carácter periódico con redes de virólogos, epidemiólogos y clínicos. La OMS también investigó todos los eventos inusuales notificados en el transcurso de la pandemia, y en particular el primer caso de resistencia a los antiviricos (julio de 2009) (34) y la mutación del virus (D222) en tres casos letales (35).

180. Autoridades sanitarias de distintos países y regiones (como el Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades) realizaron caracterizaciones epidemiológicas de la pandemia, junto con evaluaciones de los riesgos que comportaba su gravedad, y por norma general llegaron a conclusiones parecidas a las de la OMS.

### **Evaluación de la gravedad entre las subpoblaciones expuestas a un mayor riesgo**

181. Los integrantes de subpoblaciones en situación de mayor riesgo tienen más probabilidades o bien de infectarse o enfermarse o bien, una vez infectados, de contraer una forma grave de la enfermedad. Aunque los grupos más expuestos a la gripe estacional estaban bien definidos, durante la pandemia aparecieron otros grupos de alto riesgo. Se determinó que el embarazo, la pertenencia a ciertos grupos étnicos y acaso la obesidad eran factores que incrementaban el riesgo (aunque la función de los factores de confusión aún no se ha esclarecido del todo). La OMS informó al Comité de Examen de que en lo tocante a los primeros casos detectados de la pandemia no siempre se disponía de datos sobre estas variables, lo que a su vez hizo más difícil determinar los riesgos conexos.

### **Dificultades para evaluar la gravedad**

182. Las evaluaciones de la gravedad realizadas por la OMS se fueron complicando por la evolución de la situación de morbilidad, la irregularidad con que se disponía de nuevos datos (por ejemplo, demoras en la presentación de informes a causa de retrasos en las pruebas de laboratorio) y la asociación de numerosas variables con entornos, emplazamientos y momentos temporales específicos.

183. Fue difícil calcular la gravedad en tiempo real. Primero, porque cuando comenzó la pandemia no se disponía de datos sobre algunas variables, incluso de países con infraestructuras de salud bien desarrolladas. Segundo, porque para numerosos países no se conocían los datos de referencia de las variables indicadoras, pese a su importancia. La variabilidad de la gravedad notificada (por ejemplo, en lo relativo a los focos de enfermedad grave) a lo largo de la pandemia quizá reflejó variaciones en los niveles de referencia debido a las modificaciones aportadas a los métodos de vigilancia y prueba.

Cuando se realizaron comparaciones cuantitativas a posteriori utilizando bases de referencia ajustadas, algunas de esas diferencias no resultaron tan significativas como parecía al principio. Tercero, factores no relacionados con la enfermedad pueden afectar al cálculo de las variables indicadoras. Por ejemplo, en las tasas de hospitalización tuvieron una gran influencia los protocolos nacionales. En México y otros países, al comienzo de la pandemia, se hospitalizaron todos los casos para controlar la propagación de la enfermedad. Otros protocolos nacionales requerían la hospitalización de todas las mujeres embarazadas, lo que aumentó artificialmente las tasas de hospitalización. Por el contrario, los países con escasa capacidad hospitalaria notificaron tasas más bajas. Un fenómeno similar se produjo al calcular el número de ingresos en unidades de cuidados intensivos (UCI) o el uso de ventiladores, en los que influyó mucho la capacidad de la UCI y la disponibilidad de esos aparatos. En lo relativo a todas las variables, resultó difícil deslindar entre los efectos que tuvieron los parámetros de salud basados en la población o la subpoblación en cuestión y los que tuvo la infraestructura sanitaria (incluido el acceso a atención de salud).

184. El Comité admite que la caracterización de la gravedad es una labor compleja y difícil de poner en práctica. El Comité de Examen tomó nota, sin embargo, de que la ausencia de una descripción coherente, cuantificable y comprensible de la gravedad provocó problemas. Aun cuando una pandemia se define exclusivamente por el grado de difusión, su nivel de gravedad influye en las opciones de políticas, las decisiones personales y el interés público. Lo que se necesita es una evaluación adecuada de la gravedad a nivel nacional y subnacional. Esos datos fundamentarían el análisis de la situación mundial hecho por la OMS a medida que va evolucionando, y permitiría a la Organización ofrecer puntualmente información a los Estados Miembros. El hecho de que la OMS utilizara términos semi-cuantitativos como «leve» y «moderado» agravó la confusión: aun careciendo de definición, esos términos se emplearon para describir tanto la enfermedad clínica en personas como la gravedad de la pandemia.

185. La Secretaría de la OMS reconoció que evaluar la gravedad de una pandemia de una manera que sea rápida, científicamente aceptable y de utilidad general para los numerosos países y subpoblaciones existentes en el mundo sigue siendo un desafío importante. La OMS informó de que tiene previsto volver sobre esta cuestión, en colaboración con expertos y los Estados Miembros.

186. El Comité de Examen tomó nota de las afirmaciones de ciertos críticos, según los cuales la OMS había exagerado la gravedad de la pandemia. Sin embargo, una crítica razonable debería basarse solo en lo que se sabe en un determinado momento y no en lo que viene a saberse con posterioridad. El Comité constató que los datos sobre los primeros brotes habían llevado a muchos expertos, tanto de la OMS como ajenos a la Organización, a prever una pandemia potencialmente más grave de lo que en realidad fue. El nivel de gravedad de la pandemia fue incierto durante los meses centrales de 2009, es decir, bastante después de que los países tuvieran que hacer, por ejemplo, sus encargos de vacunas. Un estudio observacional de 899 pacientes hospitalizados en México entre finales de marzo y el 1 de junio de 2009 reveló que la pandemia por (H1N1) 2009 afectaba de forma desproporcionada a los jóvenes. Hubo 58 pacientes (el 6,5% de los hospitalizados) en estado crítico, con complicaciones como el síndrome de distrés respiratorio agudo grave o el choque. Entre esos casos críticos, la tasa de mortalidad fue del 41% (36). Estas cifras eran alarmantes. Resultaba preocupante incluso la tasa de mortalidad tres veces menor de los casos críticos registrados en el Canadá (37). En agosto de 2009, el Consejo de asesores del Presidente de los Estados Unidos de América en materia de ciencia y tecnología publicó un informe en el que preveía entre 30 000 y 90 000 muertes a causa de la pandemia por (H1N1) 2009, solo en su país (38). Los niveles medio y máximo de esta estimación resultaron ser cinco veces mayores que las estimaciones del número real de fallecimientos realizadas después de la pandemia (39). Aun así, el 87% de las muertes se produjeron en menores de 65 años, y el riesgo de muerte de los niños y de los adultos laboralmente activos fue, respectivamente, 7 y 12 veces mayor que lo habitual en la gripe estacional (39).

187. El Comité de Examen estudió asimismo una crítica que guarda relación con este tema, según la cual la OMS había eliminado la noción de «gravedad» de su definición de pandemia. El Comité de Examen examinó las orientaciones de la OMS en materia de preparación ante pandemias publicadas en 1999, 2005 y 2009. Aunque en ninguna de esas tres publicaciones se da una definición explícita de la palabra «pandemia» (es decir, con una frase expresamente etiquetada como «definición»), todas ellas contienen una explicación en la que se describe cuando surge una pandemia. Al describir las condiciones de una pandemia, el documento de 1999 hace referencia a «patrones de enfermedad coherentes, que indican que una morbilidad y mortalidad graves son probables en por lo menos un segmento de la población». En los documentos de 2005 y 2009 se describen las características de una pandemia en el marco de la explicación de las distintas fases pandémicas (recuadro 3.4).

**Recuadro 3.4** Lenguaje utilizado con respecto a los términos *pandemia* y *gravedad* en los planes OMS de preparación para una pandemia de 1999, 2005 y 2009

1999: «Se declarará la **pandemia** cuando se haya demostrado que el nuevo subtipo del virus ha causado varios brotes al menos en un país y se ha propagado a otros países, presentando la enfermedad características homogéneas que indiquen que es probable que produzca morbilidad grave y mortalidad al menos en un segmento de la población.» (1)

2005: «La distinción entre la *fase 3*, la *fase 4* y la *fase 5* se basa en la evaluación del riesgo de pandemia. De acuerdo con los conocimientos científicos actuales, se pueden tomar en consideración diversos factores y su importancia relativa, tales como la tasa de transmisión, la localización y propagación geográfica, la gravedad de la enfermedad, la presencia de genes de cepas humanas (en caso de que sea derivado de una cepa animal), y otros parámetros científicos.»

«Periodo pandémico. **Fase 6.** Aumento y mantenimiento de la transmisión en la población general.

*Fundamento.* Cambio importante en la estrategia mundial de vigilancia y respuesta, dado que el riesgo de pandemia es inminente en todos los países. La respuesta nacional será determinada principalmente por las repercusiones de la enfermedad en el país.» (2)

2009: «Las pandemias de gripe se producen cuando virus animales frente a los que la mayoría de las personas carecen de inmunidad adquieren la capacidad de causar cadenas sostenidas de transmisión de persona a persona que ocasionan brotes a escala comunitaria. Esos virus pueden propagarse por todo el mundo, causando pandemias.»

«**FASE 6.** Pandemia en curso. Además de los criterios que definen la fase 5, ese mismo virus ha causado brotes sostenidos a nivel comunitario en al menos otro país de otra región de la OMS.»

«Evaluación temprana de la gravedad de la pandemia desde el punto de vista de la salud.

Lo antes posible, la OMS proporcionará una evaluación de la gravedad de la pandemia para ayudar a los gobiernos a determinar el nivel de las intervenciones necesarias como parte de su respuesta. Como se ha expuesto en la sección 1.1, las anteriores pandemias de gripe han tenido niveles de morbilidad y mortalidad variables...

Es probable que al inicio de la pandemia la información sea limitada, pero que la demanda de información vaya en aumento. Para que la vigilancia de la pandemia proporcione información y datos suficientes para evaluar la gravedad es necesario que los países examinen la capacidad de vigilancia que poseen, a fin de solucionar sus puntos débiles y estar preparados para la vigilancia en una pandemia. Los componentes esenciales de un sistema eficaz de vigilancia de una pandemia son:

- la detección temprana y la investigación;
- la evaluación exhaustiva, y
- la monitorización

Potenciales indicadores sanitarios de la gravedad:

- Tasa de letalidad
- Morbilidad inusualmente grave
- Distribución inesperada de la mortalidad
- Complicaciones inusuales.» (3)

1) Influenza pandemic preparedness plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, abril de 1999.



2) WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

[http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO\\_CDS\\_CSR\\_GIP\\_2005\\_5.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf)

3) Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 25 de abril de 2009.

<http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance2009/en/index.html>

188. Las directrices de 2005 incluyen, entre los factores que pueden tomarse en consideración para pasar de una fase a otra, la «gravedad de la enfermedad». En las de 2009 se destaca la importancia de facilitar información sobre la gravedad y se distingue con más claridad entre este análisis y los criterios para pasar de una fase a otra. A pesar de las referencias a la gravedad, en ninguno de estos documentos de orientación se presenta explícitamente la gravedad como elemento definitorio de una «pandemia». Con todo, solo en el más reciente de esos tres documentos de orientación se distingue claramente entre la aparición de una pandemia y su gravedad. La OMS estuvo en condiciones de afirmar razonablemente que no había cambiado la definición de pandemia. Al mismo tiempo, la gravedad se había mencionado en descripciones anteriores de lo que cabía esperar en una pandemia y como un elemento que podía tenerse en cuenta en el paso de una fase a otra. Los cambios con respecto a la definición de gravedad que se habían incorporado en las directrices de 2009 no fueron una alteración de última hora, sino el resultado de esfuerzos de larga data por hacer las directrices más claras y operativas.

189. Aunque podría dar lugar a confusión, la distinción entre definir la pandemia y describir lo que cabe esperar en caso de que se produzca era patente en los textos de la OMS publicados en la web. El 4 de mayo de 2009, en uno de esos textos se afirmaba lo siguiente: «Las pandemias de gripe se producen cuando aparece un nuevo virus de la gripe frente al cual la población humana carece de inmunidad, provocando una epidemia a escala mundial con un enorme número de fallecimientos y gran morbilidad. El aumento del transporte mundial y la urbanización, así como las condiciones de vacunación, aumentan la probabilidad de que las epidemias por nuevos virus de la gripe se mundialicen.» Más tarde, ese mismo día, la OMS modificó esa descripción publicada en la web de lo que cabía esperar en una pandemia, eliminando las referencias a la gravedad prevista, y no dejó ninguna indicación en el sitio web de que se había introducido ese cambio. El 5 de mayo se hicieron otras modificaciones, añadiendo las afirmaciones siguientes:

- «Se dice que hay una epidemia cuando el número de casos de una enfermedad es superior al normal. Una pandemia es una epidemia a escala mundial.»
- «Las pandemias pueden ser leves o graves con respecto a la morbilidad y mortalidad que causen, y su gravedad puede cambiar a lo largo de una misma pandemia... »
- «Si la pandemia evolucionara y con el tiempo se hiciera grave y extensa, también podríamos esperar... »
- «La preparación mundial eficaz contra una pandemia es esencial para mitigar sus efectos, especialmente si la pandemia es grave.»

190. Este tema se analiza asimismo en la sección dedicada a las comunicaciones.

## **F. Medidas de salud pública**

191. Las medidas para limitar la transmisión de la gripe pandémica se dividen básicamente en medidas farmacológicas (por ejemplo, antivíricos y vacunas) y no farmacológicas, que a menudo se denominan «medidas de salud pública» (como el aislamiento de los pacientes y la cuarentena de contactos). Durante las pandemias del siglo XX se adoptaron medidas no farmacológicas, pero su eficacia no se ha evaluado de forma sistemática. Medidas como el aislamiento, la cuarentena, el control de la infección y el distanciamiento social se utilizaron ampliamente durante el brote de SRAS en 2003. A pesar de que el SRAS puso de relieve la función que pueden desempeñar esas medidas, sus efectos durante una pandemia no eran tan seguros debido a las diferentes características clínicas, epidemiológicas y virológicas de la gripe.

### **Elaboración de orientaciones de la OMS sobre medidas de salud pública antes de la pandemia**

192. La elaboración de las orientaciones en materia de preparación mundial para pandemias de 2005 y 2009 comportó, entre otras cosas, la celebración de una serie de reuniones de consulta a nivel mundial para revisar las medidas de control de la enfermedad que podían tomarse durante una pandemia y la base de datos científicos disponible. La primera reunión se celebró en marzo de 2004 en un clima de creciente preocupación por la acelerada propagación geográfica de la gripe aviar H5N1 hiperpatógena. En esa ocasión se plantearon varios temas, a saber:

- i)* la eficacia de las medidas de salud pública estaba vinculada a las características de un virus pandémico (como el principal modo de transmisión, la tasa de ataque en diferentes grupos de edad y el tiempo que duraba la liberación del virus);
- ii)* el costo, los recursos disponibles, la facilidad de aplicación, teniendo en cuenta las infraestructuras existentes y la aceptabilidad por parte de la población, eran consideraciones clave en la toma de decisiones relacionadas con el uso de medidas de salud pública;
- iii)* ninguna intervención sería suficiente por sí sola, sino que harían falta intervenciones múltiples realizadas conjuntamente;
- iv)* durante una pandemia sería preciso realizar un examen permanente de la situación, para adaptarse a los cambios que podrían producirse en la evolución del virus;
- v)* para sustentar las medidas sería necesario mejorar las actividades de fortalecimiento de la capacidad de salud pública y modernizar la legislación correspondiente;
- vi)* durante la aplicación de medidas de salud pública debía mantenerse la protección de los derechos humanos;
- vii)* una aplicación efectiva dependía en gran medida de una buena comunicación y movilización social.

193. El Plan mundial de la OMS de preparación ante una pandemia de gripe, publicado en 2005, incluía un anexo en el que se detallaban en forma de cuadro una serie de recomendaciones específicas para intervenciones de salud pública no farmacológicas (40). La base de datos científicos justificativos se presentó pormenorizadamente en dos publicaciones científicas arbitradas (41, 42). Un aspecto importante fue el hecho de señalar que la elaboración de orientaciones basadas en datos científicos iba

indisolublemente ligada a lo que se sabía acerca del modo en que la gripe se propagaba y a factores de riesgo específicos que podían incidir en la transmisibilidad (por ejemplo, los factores del huésped, patógenos y ambientales). Sin embargo, los datos disponibles eran limitados, a menudo observacionales o sin confirmar, y estaban basados en estudios sobre la gripe estacional.

194. En abril de 2008 se convocó una segunda reunión de consulta mundial sobre estrategias de control de enfermedades pandémicas. Uno de sus objetivos consistía en debatir sobre las medidas y las pruebas justificativas de su eficacia, así como sobre los aspectos prácticos de la aplicación de ese tipo de intervenciones en diversos entornos. Los distintos grupos de trabajo prepararon documentos de antecedentes sobre distintas estrategias de control de enfermedades. Los resultados de esa consulta fueron una de las aportaciones a la Consulta Mundial sobre Preparación ante una Pandemia celebrada en mayo de 2008, en la que se volvieron a analizar las medidas de salud pública. Las deliberaciones y documentos de esas consultas ayudaron a fundamentar el documento de orientación de la OMS para la preparación y respuesta ante una pandemia de gripe de 2009 (28), en el que se describen una serie de medidas de salud pública que pueden adoptarse a escala personal/familiar y social/comunitaria, así como medidas relativas a los viajes y al comercio internacionales. En el anexo 1 de las orientaciones figura una breve sinopsis en la que se resumen algunos datos científicos relativos a esas medidas (28). En general, la base de datos científicos para muchas de esas medidas de salud pública es limitada.

### **Orientaciones y medidas de salud pública durante la pandemia**

195. El 27 de abril, tras la segunda reunión del Comité de Emergencias, la Directora General afirmó que «habida cuenta de la presencia generalizada del virus [...] la contención del brote no es viable. En estos momentos, la atención se debería centrar en las medidas de mitigación». En la recomendación temporal emitida el 28 de abril, luego de que la OMS declarara la fase 4, se afirmaba que el cierre de las fronteras y la imposición de restricciones a los viajes internacionales no eran medidas recomendables. Además se advertía de que se consideraba prudente que las personas que estuvieran enfermas aplazaran los viajes internacionales y de que quienes presentaban síntomas tras un viaje internacional buscaran atención médica. Estos consejos no cambiaron y se incluyeron en muchas de las declaraciones de la Directora General.

196. Los países pusieron en práctica una amplia gama de medidas, tanto de salud pública como farmacológicas, con la intención de frenar la propagación del virus o mitigar sus efectos. Para respaldar esas medidas, la OMS publicó durante la pandemia una serie de documentos de orientación. Esas directrices reflejaban la evolución de la situación a medida que se iba consiguiendo más información, sobre todo acerca de la experiencia de los primeros países que se vieron afectados por la pandemia. Algunos de los documentos de orientación más importantes fueron los siguientes:

- Consejos sobre la utilización de mascarillas en el entorno comunitario ante la aparición de brotes de gripe por A (H1N1) (43)

197. En estas directrices provisionales, publicadas en mayo de 2009, se reconocía la carencia de datos probatorios sólidos sobre la eficacia del uso de mascarillas en entornos comunitarios y se advertía de que la gente podía utilizarlas a su discreción. Además se insistía en que había que usarlas y desecharlas con cuidado, dado que el uso incorrecto podía aumentar la transmisión. Estos consejos eran semejantes a las directrices emitidas en muchos países.

- Intervenciones comportamentales para reducir la transmisión del virus gripal A (H1N1) y las repercusiones de la infección: marco para las estrategias de comunicación (44)

198. Este documento, publicado en junio de 2009, se elaboró después de que los países solicitaran orientaciones técnicas para preparar estrategias, mensajes y materiales de comunicación. El documento, centrado en el ámbito personal y familiar, incluía una lista de verificación para las actividades de comunicación estratégica.

- WHO consultation on suspension of classes and restriction of mass gatherings to mitigate the impact of epidemics caused by the new influenza A (H1N1) (45)

199. En este documento se resumió una teleconferencia convocada por la OMS el 27 de mayo de 2009 en la que se reunieron funcionarios de salud pública de seis países y otros expertos. En él se ponían de relieve las experiencias y las primeras enseñanzas extraídas de los brotes de gripe pandémica por el virus A (H1N1) 2009 en comunidades o ambientes cerrados. Se incluían asimismo recomendaciones sobre la aplicación de medidas de salud pública.

- Reducing transmission of pandemic influenza (H1N1) 2009 in school settings (46)

200. En este segundo documento de orientaciones relacionadas con el ambiente escolar, publicado en septiembre de 2009, la OMS estableció un marco más completo para reducir la transmisión en esos entornos. La experiencia con la gripe pandémica por (H1N1) 2009 en muchos países había demostrado que las escuelas podían amplificar considerablemente la transmisión, dentro de la comunidad y entre distintas comunidades (47). En el documento se exponía un marco para que las autoridades escolares y sanitarias nacionales y locales consideraran en qué momento elaborar directrices para la planificación y la adopción de decisiones contra la pandemia, con el fin de reducir los casos de infección de gripe pandémica por (H1N1) 2009 asociados a los centros escolares. Además, se ofrecía un resumen de la información recibida acerca de la eficacia del cierre de escuelas para reducir la transmisión de la pandemia de gripe por (H1N1).

- Interim planning considerations for mass gatherings in the context of pandemic (H1N1) 2009 influenza (48)

201. Durante la pandemia algunos países tuvieron que realizar los preparativos de actos multitudinarios a los que debían acudir visitantes internacionales, como el Hach de 2009, los Juegos Olímpicos de Invierno en el Canadá y la Copa Mundial de fútbol en Sudáfrica. En noviembre de 2009, después de que el Grupo Asesor Interdisciplinario Virtual sobre Actos Multitudinarios examinara la cuestión, la OMS publicó unas orientaciones provisionales en la materia. En ese documento, basado en directrices anteriores y en informes de los países que ya se habían visto afectados por la pandemia, se establecía un método de evaluación de los riesgos y se definían los factores que habían de tenerse en cuenta. Además, algunos países elaboraron orientaciones específicas sobre medidas de carácter social adaptadas a sus necesidades específicas; las autoridades sauditas, por ejemplo, elaboraron disposiciones detalladas de planificación para el Hach (49).

## **Experiencias de los países con medidas de salud pública**

202. Los países pusieron en práctica toda una serie de medidas de salud pública. Ninguna de ellas se tomó de forma aislada, sino en forma de «paquetes» de medidas destinados a reducir la transmisión y a frenar en lo posible el avance del virus. Las autoridades sanitarias por lo general promovieron la higiene personal (por ejemplo, lavarse las manos) y respiratoria, aunque los consejos variaron según las normas individuales y culturales. En México, país que se vio afectado en las primeras fases de la pandemia, hubo cierres de escuelas en todo el país, mientras que en la mayoría de los países la decisión de cerrar los centros escolares se tomó a escala local, a veces siguiendo las directrices nacionales. El Comité escuchó testimonios circunstanciales de que, según algunos países, el cierre de escuelas

había frenado la propagación del virus a nivel comunitario. Además, análisis realizados en algunos países al comienzo de la pandemia apuntaron a que el cierre de los jardines de infancia y las escuelas primarias podía haber tenido un «efecto considerable» en la reducción de la transmisión, aunque con importantes costos económicos y comunitarios (47). Aun así, habría que valorar más a fondo la utilidad del cierre de los centros escolares. Las orientaciones sobre la cancelación de actos multitudinarios variaron de un país a otro; el Comité hizo hincapié en que la planificación debía estar firmemente basada en la evaluación de los riesgos y no en directrices «genéricas».

203. Los países enfocaron de distintas formas las medidas de salud pública adoptadas en las fronteras, que iban desde ofrecer información a través de carteles y folletos hasta emplear métodos de detección pasiva consistentes en pedir a los viajeros que informaran de posibles síntomas, pasando por el control de la temperatura corpórea para detectar posibles casos de gripe. En algunos países se llegó a la conclusión de que la detección en las fronteras no era eficaz para frenar una cepa de gripe altamente transmisible y consumía importantes recursos que podían emplearse mejor en otras esferas del control de la enfermedad. En otros, sobre todo algunos países insulares, se consideró que la detección en las fronteras, en combinación con otras medidas de sensibilización y tras haber realizado un viaje, podía ser útil para retrasar la propagación del virus.

204. La IATA, cuyos miembros abarcan todas las principales aerolíneas de transporte de pasajeros y carga, señaló que, para las compañías aéreas, los distintos métodos aplicados por los países a los controles fronterizos inducían a confusión. No todos los países hicieron publicidad de las medidas que habían previsto y los pilotos, al aterrizar, no sabían qué esperar. Esta situación tuvo un efecto cascada e hizo que se alargara el tiempo de carga y descarga de los aviones. La Secretaría indicó que, si bien la OMS había solicitado información a los países en numerosas ocasiones, no siempre la obtuvo. El Comité observó que los controles fronterizos, pese a ser prerrogativa de los Estados soberanos, podían tener repercusiones en otros países y en los viajes y el comercio a nivel mundial. En opinión del Comité, esas medidas debían basarse en datos probatorios.

205. Durante la pandemia varios países evaluaron la aplicación y eficacia de las medidas de salud pública adoptadas. Sin embargo, como esas medidas no se toman de forma aislada, es difícil determinar cuáles de ellas resultaron eficaces y persiste la incertidumbre acerca de la base de datos científicos. El Comité alienta a la OMS a coordinar la revisión de todos estos estudios y evaluaciones, con miras a modificar las orientaciones que se publiquen de ahora en adelante y a sustentar investigaciones futuras.

## **G. Intervenciones farmacológicas**

### **Antivíricos**

#### **Orientaciones de la OMS**

206. En 2002 la OMS examinó por primera vez el papel de los antivíricos en las intervenciones contra las pandemias, lo que llevó a la publicación, en 2004, de las Guías de la OMS para el uso de vacunas y antivíricos en las pandemias de influenza (50). Estas orientaciones sirvieron de marco para publicaciones posteriores: en 2006, unas orientaciones clínicas para el uso de antivíricos en el tratamiento de personas infectadas por el virus A (H5N1) de la gripe aviar (51) y, en 2007, el documento WHO Interim Protocol: rapid operations to contain the initial emergence of pandemic influenza (52).

207. Debido a que los virus de la gripe A (H1N1) 2009 son resistentes a los adamantanos (inhibidores del canal iónico M2), los principales antivíricos empleados durante la pandemia fueron los inhibidores de la neuraminidasa. En ámbito clínico los más utilizados fueron el oseltamivir (un agente oral) y el zanamivir (un agente por inhalación).

### **Reservas de antivíricos de la OMS a nivel mundial y regional**

208. En la planificación para una pandemia de gripe ya se contemplaba desde 2005 la posibilidad de lanzar una operación de contención rápida para detener el brote en su fase más temprana y evitar que se propagara. El eje de esta estrategia consistía en la creación y predistribución de una reserva de antivíricos, acompañadas de los preparativos logísticos necesarios para liberar y desplegar rápidamente esas existencias en los lugares donde se produjera el brote.

209. En 2006 Roche, el fabricante del antivírico Tamiflu (oseltamivir), accedió a donar cinco millones de dosis que debían conservarse como reserva y distribuirse en el marco de una operación de contención rápida. Tres millones de dosis se almacenaron en los depósitos de Roche en dos lugares: Basilea (Suiza) y Joppa (Maryland, EE.UU.). La OMS recibió otros dos millones de dosis para que los conservara preventivamente en la sede, las oficinas regionales y el almacén de suministros de asistencia humanitaria de las Naciones Unidas en Dubai (Emiratos Árabes Unidos). La OMS colaboró con Roche en la elaboración de las condiciones por las que debía regirse la entrega de esas existencias, junto con los procedimientos que permitirían su despliegue efectivo. Se establecieron canales de comunicación a todos los niveles, desde la logística operativa a la toma de decisiones por parte del personal directivo superior, y se puso en marcha un plan de acción.

210. La OMS emprendió una serie de consultas y actividades de capacitación con varios colaboradores operacionales, como el Programa Mundial de Alimentos (el organismo de las Naciones Unidas encargado de administrar el almacén de Dubai), a fin de poner a prueba los procedimientos por los que se regirían las operaciones de contención rápida. El despliegue estratégico de las reservas era parte integral de esas actividades. En las pruebas realizadas también se tuvieron en cuenta las complejas necesidades que comportaban el envío y transporte hasta el nivel local, para cerciorarse de que todos los interesados comprendieran los procedimientos y de que estos pudieran activarse sin demora en caso de emergencia. Se introdujeron ajustes allí donde se detectaron problemas.

211. En 2008 estos planes comenzaron a aplicarse, cuando una nota de prensa informó de un caso sospechoso de transmisión de la gripe aviar (H5N1) entre seres humanos en Indonesia. Mientras la OMS verificaba la información, se pusieron en marcha las actividades de despliegue anticipado necesarias antes de una posible entrega de las reservas. La OMS tardó muy poco en determinar que se trataba de un rumor sin fundamento, de forma que no fue necesario distribuir las reservas. Aun así, esa experiencia ofreció una valiosa oportunidad para validar los planes.

212. En abril de 2009, después de que llegaran a la OMS las primeras noticias de infecciones por el virus novedoso H1N1 en México y los Estados Unidos, se consideró la posibilidad de efectuar una operación de contención rápida. El 29 de abril de 2009 se estableció un grupo de trabajo contra la gripe pandémica en la sede de la OMS para que supervisara el despliegue de la reserva. Dado que no se juzgó factible emprender la operación de contención, el 2 de mayo de 2009 la OMS decidió distribuir los tratamientos antivíricos almacenados en la reserva mundial a 71 países de bajos ingresos y México. Aunque la reserva se había creado para realizar una operación de contención, Roche aceptó las nuevas condiciones de entrega de la reserva, permitiendo que se distribuyeran a numerosos lugares de todo el mundo. El 3 de mayo se concordó una lista de países beneficiarios. Se elaboró un plan de distribución en coordinación con los países destinatarios para resolver las cuestiones legales, acelerar el proceso de envío, facilitar los procesos de despacho de aduanas y coordinar los plazos de entrega con las

oficinas de la OMS en los países y los agentes de tránsito. Estas son algunas fechas importantes de ese proceso:

3 de mayo de 2009: comienza la tramitación de los documentos para la expedición de las existencias de antivíricos

7 de mayo de 2009: llegan los primeros envíos (a Gambia, Etiopía y Angola)

15 de mayo de 2009: se ha entregado el 80% de la reserva total

25 de mayo de 2009: llega (a Ucrania) el último envío

213. Además del despliegue de la reserva mundial conservada en los almacenes de Roche, la Oficina Regional de la OMS para África distribuyó la reserva regional, que se había guardado previamente en el almacén de suministros de asistencia humanitaria de las Naciones Unidas en Dubai. Cada uno de los 46 Estados Miembros de la Región de África recibió 1000 tratamientos y otros 10 000 se pusieron a disposición de cada uno de los equipos de apoyo entre países de la región africana. La Oficina Regional de la OMS para África y la Sede coordinaron esta intervención. Las operaciones en el almacén de Dubai comenzaron el 5 y finalizaron el 20 de mayo de 2009. Además de los suministros de antivíricos, entre mayo y octubre de 2009 se enviaron preventivamente a todos los Estados Miembros, por conducto de las oficinas de la OMS en los países, kits para la investigación del síndrome respiratorio.

214. Después de haber distribuido las existencias, Roche, con arreglo a las condiciones originales del acuerdo, ha repuesto las reservas, tanto la mundial (tres millones de dosis) como la regional (dos millones de dosis) almacenada en Dubai.

### **Programa de precalificación de medicamentos de la OMS**

215. Para facilitar la compra de oseltamivir por parte de la OMS y otras organizaciones de las Naciones Unidas, así como el acceso al oseltamivir genérico, en 2007 se hizo pública una convocatoria de manifestaciones de interés en el marco del programa de precalificación de medicamentos de la OMS. La empresa india Cipla era la fabricante del único producto precalificado a raíz de esa convocatoria (oseltamivir en cápsulas). En junio de 2009 se publicó una segunda convocatoria de manifestaciones de interés para la precalificación, a fin de alentar a otros fabricantes a presentarse e incluir el zanamivir como fármaco apto para su inclusión. Como resultado de estas dos convocatorias, actualmente se han precalificado ocho productos antivíricos contra la gripe de cuatro fabricantes (Cipla, GlaxoSmith-Kline, Roche y Strides Arcolab).

### **Elaboración de nuevas orientaciones de la OMS**

216. Inmediatamente después de que se hubiera aislado el virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico, se informó de que el nuevo virus era sensible a los inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir y zanamivir). Las autorizaciones para la comercialización mundial de esos fármacos y las reservas nacionales y mundiales crearon la expectativa de que esos medicamentos desempeñarían un importante papel en la respuesta ante la pandemia y su mitigación. Sin embargo, la elaboración de directrices de tratamiento basadas en datos científicos resultó ser una tarea ardua, a la vez que controvertida, debido a varios factores:

- 1) Al comienzo de la pandemia se carecía de información sobre las características clínicas y el tratamiento de la gripe pandémica por A (H1N1) 2009.

- 2) Muchos de los datos publicados sobre el uso de antivíricos provenían de estudios prospectivos de la afección aguda de remisión espontánea en la población general y podían no ser aplicables a otros casos, como la afección grave o complicada o a los casos que se producían en entornos de escasos recursos.
- 3) Se disponía de otros antivíricos, productos regionales o sometidos a investigación, y de tratamientos complementarios, pero había escasas pruebas científicas de su eficacia.
- 4) Mientras la pandemia seguía su curso continuaban apareciendo nuevas informaciones.

217. Para elaborar las directrices se siguió un proceso dividido en dos fases. La primera consistió en realizar una revisión independiente de las pruebas disponibles. Estas, que comprendían tanto exámenes sistemáticos como datos observacionales, se evaluaron de acuerdo con la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (53). En la segunda fase, se reunió un grupo de expertos para elaborar recomendaciones basadas en las pruebas evaluadas. Las directrices resultantes se publicaron en el sitio web de la OMS, junto con una descripción del procedimiento utilizado, detalles de las pruebas examinadas y su valoración según la metodología GRADE, así como información detallada sobre los miembros del grupo de expertos, su afiliación y las declaraciones de intereses correspondientes. Las directrices se publicaron con carácter preliminar en abril y mayo de 2009 y, oficialmente, en agosto de 2009. Las recomendaciones sobre el tratamiento se basaban en pruebas extraídas de estudios sobre la gripe estacional y de datos observacionales sobre el tratamiento de las infecciones más graves provocadas por el virus gripal H5N1. La versión revisada de las directrices se publicó en febrero de 2010 (54), cuando ya se disponía de datos observacionales sobre el tratamiento de afecciones graves provocadas por el virus gripal (H1N1) 2009 pandémico. Estos nuevos datos demostraron que el tratamiento inmediato con los inhibidores de la neuraminidasa aprobados iba asociado a resultados clínicos mejores.

### **Vigilancia de la eficacia de los antivíricos**

218. La OMS vigiló dos aspectos de la eficacia de los antivíricos en el tratamiento de la gripe por (H1N1) 2009 pandémico. Primero, se recopiló información sobre la eficacia clínica y la seguridad de los medicamentos gracias a una estrecha interacción con los clínicos y los organismos de salud pública. Para ello se celebraron regularmente teleconferencias con las redes de clínicos y reuniones presenciales en las que se presentaban los datos obtenidos, y revisando los datos publicados en revistas médicas. Además, se mantuvo un diálogo constante con los principales fabricantes de productos farmacéuticos para obtener datos sobre la eficacia y la seguridad a partir de los estudios clínicos y las actividades sistemáticas de vigilancia de la seguridad. Toda esta información sirvió de base para la elaboración de directrices y otras publicaciones, como los boletines informativos de la web. También sirvió para obtener una base de pruebas sólida con la que prestar apoyo y asesorar a los Estados Miembros.

219. Segundo, la OMS vigiló de forma activa la aparición de virus resistentes a los antivíricos. Se recibió información de los participantes en la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe de la OMS, y en particular los Centros Nacionales de Enlace y los centros colaboradores, así como de los Estados Miembros que presentaron informes de conformidad con lo dispuesto en el RSI. Este mecanismo funcionó bien. Se recabó información adicional de los sitios web de los gobiernos nacionales, informes de organismos de salud pública y publicaciones especializadas. Después de que se notificaran casos importantes, se celebraron tres teleconferencias mundiales con los principales laboratorios, organismos y expertos. Gracias a todas estas actividades, la OMS reunió información sobre 285 casos de resistencia a los antivíricos notificados por 21 países en el periodo comprendido entre junio de 2009 y mayo de 2010. Todos esos casos excepto uno tenían que ver con virus que presentaban la sustitución H275Y en la neuraminidasa, lo que se ha demostrado que confiere resistencia al oseltamivir pero no al



zanamivir. No se notificaron casos de reagrupamiento entre el virus (H1N1) 2009 pandémico y el virus estacional H1N1 circulante.

220. Los 285 casos notificados fueron los únicos casos documentados de los más de 20 000 especímenes clínicos evaluados provenientes de al menos 92 países, lo que indica que los virus (H1N1) 2009 pandémicos resistentes a los antivíricos no circulaban de forma generalizada. Sin embargo, hubo tres grupos de casos en los que se produjo una transmisión local limitada (que representan en total 19 de esos 285 casos) y un pequeño número de otros casos donde podría haber tenido lugar la transmisión de persona a persona. El impacto clínico fue más patente en personas gravemente inmunodeprimidas. Los resultados se notificaron en los boletines semanales de actualización sobre la situación de la pandemia, el *Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire* y por medio de notas informativas ocasionales publicadas en la web.

## **Conclusiones**

221. El despliegue de la reserva de antivíricos con un preaviso mínimo, y en una situación de incertidumbre que cambiaba con rapidez, demostró la importancia de disponer de una cantidad considerable de dosis, envasadas y listas para ser enviadas, así como de sistemas, procedimientos y canales de comunicación verificados para poner en marcha una operación que resultara eficaz. Para que una operación dé buenos resultados se necesita un equipo multidisciplinario que trabaje en sinergia con varias organizaciones y en múltiples emplazamientos, y que tenga la capacidad de llegar a los niveles decisivos más altos y la flexibilidad necesaria para adaptarse a las nuevas demandas.

222. La retroinformación recibida de los países respecto de la rapidez y utilidad de ese despliegue fue positiva, lo que demuestra la importancia de la preparación anticipada. Si bien durante la pandemia se hizo un seguimiento de la eficacia y la seguridad de los antivíricos, es preciso realizar un examen de su efectividad valiéndose de todos los estudios que se iniciaron en varios países.

## **Vacunas**

### **Asesoramiento y recomendaciones**

223. El Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) proporcionó asesoramiento en materia de vacunas y vacunación. El SAGE informa a la Directora General de la OMS sobre asuntos que van desde la investigación y el desarrollo de vacunas hasta su administración. El mandato del SAGE consiste, más que en hacer aportaciones técnicas, en ofrecer asesoramiento estratégico (55).

224. El SAGE se organiza mediante grupos de trabajo, que prestan sus servicios durante un tiempo determinado para examinar y proporcionar información y propuestas basadas en pruebas científicas, destinadas a las recomendaciones que el SAGE formulará. El Grupo de trabajo consultivo especial en materia de políticas sobre las vacunas contra la gripe por A (H1N1) del SAGE (56) se convocó por primera vez el 29 de abril de 2009. A diferencia de otros grupos de trabajo del SAGE, y en vista de la presunta urgencia de la situación, no había habido una convocatoria pública de candidaturas. Así pues, para poder coordinar eficientemente el asesoramiento brindado por los expertos, el grupo estuvo integrado por representantes del SAGE, del Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas y del Comité de Expertos en Patrones Biológicos de la OMS. La labor realizada por este grupo de trabajo especial sirvió de base para las recomendaciones del SAGE sobre vacunación que se hicieron públicas el 19 de mayo de 2009 (57), el 7 de julio de 2009 (58) y el 29 de octubre de 2009 (59).

### **Cepas vacunales candidatas**

225. Además de vigilar las cepas circulantes de virus gripales y formular recomendaciones sobre la composición anual de la vacuna estacional, la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe detecta y evalúa el potencial pandémico de los virus gripales novedosos. La Red recomienda asimismo las cepas de virus gripales novedosos que pueden utilizarse para desarrollar prototipos de vacunas antipandémicas, y desarrolla las cepas vacunales candidatas, que se facilitan de forma gratuita a todos los fabricantes que las solicitan.

226. La aparición del virus A (H5N1) de la gripe aviar puso de relieve que la capacidad total de producción de vacunas contra la gripe no era suficiente para proteger a la población mundial contra una pandemia de gripe altamente letal. Además, aunque los países de ingresos bajos y medios aportan numerosas cepas de virus gripales con potencial pandémico a la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe, el acceso a la vacuna antipandémica desarrollada a partir de esas cepas tiende a estar limitado a los países de ingresos elevados y a los que disponen de capacidad interna de producción de vacunas antigripales.

227. La 60.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2007, pidió a la Directora General de la OMS que convocara una reunión intergubernamental encargada de elaborar un marco que garantizara la amplia distribución de los virus para la producción de vacunas antigripales y el acceso equitativo a las vacunas resultantes (60).

228. Durante la pandemia de gripe por A (H1N1) 2009 se respetaron estos principios de disponibilidad pública de información importante y distribución gratuita de cepas vacunales. La secuencia génica del virus salvaje H1N1 pandémico se hizo pública el 27 de abril de 2009, y el 8 de mayo de 2009 ya se habían enviado muestras del virus salvaje procedentes de los laboratorios de referencia a los fabricantes de vacunas, todos ellos situados en Europa o los Estados Unidos porque eran los que disponían de instalaciones de contención biológica de alto nivel.

229. Los primeros virus vacunales candidatos producidos mediante técnicas de reagrupamiento clásico se liberaron para su distribución el 27 de mayo de 2009, y las primeras cepas producidas mediante genética inversa, el 22 de julio de 2009. Los virus vacunales candidatos producidos por reagrupamiento se distribuyeron sin tardanza a todos los fabricantes de vacunas dotados de instalaciones con un nivel de bioseguridad 2 o superior que los solicitaron.

230. Las secuencias génicas de todas las cepas vacunales se pusieron prontamente a disposición en bases de datos de acceso público.

### **Desarrollo de vacunas**

231. Cuando aparece una nueva cepa de virus gripal hay que seguir una serie de pasos antes de poder desarrollar y administrar una vacuna eficaz. En primer lugar debe descartarse la posibilidad de que las vacunas estacionales existentes ya inmunicen suficientemente contra la nueva cepa. Para ello se analiza el suero de personas a las que se ha administrado la vacuna estacional y se compara con la nueva cepa. La organización de este proceso se lleva a cabo a través de la red de Centros Colaboradores de la OMS y Laboratorios Reguladores Esenciales. El 7 de mayo 2009 quedó claro que las vacunas contra el virus H1N1 estacional existentes no protegían contra el virus A (H1N1) 2009 pandémico y que había que desarrollar una nueva vacuna.

232. El segundo paso necesario consiste en modificar la cepa salvaje para que se multiplique satisfactoriamente en huevos de gallina y pueda utilizarse para producir vacunas. Con esta modificación también se garantiza que el virus vacunal esté lo suficientemente atenuado como para que pueda manipularse en condiciones de bioseguridad de nivel 2 o superior. Para ello pueden emplearse dos métodos: el reagrupamiento clásico con cepas de crecimiento rápido y una técnica patentada basada en la genética inversa. El tercer paso tiene por objeto desarrollar un antígeno viral y un antisuero estandarizado de referencia que permitan medir la potencia de la vacuna. El proceso requiere la coordinación entre los fabricantes, los laboratorios de referencia y los organismos reguladores. Este último paso no es necesario en el caso de las vacunas antigripales vivas atenuadas.

233. El paso final consiste en realizar ensayos clínicos en voluntarios para evaluar la inocuidad y el poder inmunógeno. Los organismos reguladores conceden la aprobación reglamentaria para la comercialización y el uso general basándose en los resultados de las pruebas de laboratorio y los ensayos clínicos.

234. El 27 de abril de 2009 la OMS celebró la primera de una serie de teleconferencias con los Centros Colaboradores y los Laboratorios Reguladores Esenciales. En teleconferencias bisemanales, luego semanales y, al final, quincenales, se compartió información sobre la caracterización de los virus, la evaluación de los riesgos y el desarrollo y selección de las cepas vacunales. El primer virus vacunal candidato producido por reagrupamiento estuvo disponible el 27 de mayo de 2009, y los primeros reactivos para evaluar la potencia de la vacuna, el 13 de julio.

235. Las primeras vacunas, de fabricantes de China, Hungría y Australia, estuvieron listas para su despliegue a finales de septiembre de 2009, 20 semanas después de haber aislado el virus. En esos tres países las campañas de vacunación se iniciaron, respectivamente, el 21, el 29 y el 30 de septiembre. El 31 de diciembre de 2009 se habían autorizado las vacunas contra el virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico de 22 empresas de todo el mundo. En cambio, en los programas de vacunación contra la gripe estacional de los países desarrollados lo habitual es que transcurran seis meses desde la selección de las cepas hasta la producción a gran escala.

236. Los procesos de registro utilizados en diversos países fueron distintos. Por ejemplo, algunos organismos reguladores registraron las vacunas contra la gripe por A (H1N1) 2009 pandémico como una variante de las vacunas contra la gripe estacional. La Agencia Europea de Medicamentos utilizó un procedimiento de preacuerdo basado en un «registro de la vacuna maqueta» obtenido anteriormente por Baxter, GlaxoSmithKline y Novartis para sus vacunas candidatas contra el virus H5N1.

237. Casi todas las vacunas contra el virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico obtuvieron la autorización para ser utilizadas en todas las personas de más de un año de edad, incluidas las mujeres embarazadas.

### **Producción y donación de vacunas**

238. Para que los países en desarrollo tuvieran acceso garantizado a la vacuna en caso de una pandemia de gripe por H5N1, la Asamblea Mundial de la Salud había pedido que la OMS estableciera una reserva de vacunas. A abril de 2009, dos fabricantes de vacunas, GlaxoSmithKline y Sanofi Pasteur, habían prometido, respectivamente, 50 millones y 60 millones de dosis de vacunas contra el H5N1, aunque no se habían suscrito acuerdos legales relativos a esas donaciones.

239. El 19 de mayo de 2009, la Directora General de la OMS y el Secretario General de las Naciones Unidas celebraron una reunión de alto nivel con los directores ejecutivos de todos los fabricantes de vacunas antigripales conocidos para promover el acceso equitativo de los países en desarrollo a la va-

cuna contra la gripe por A (H1N1) 2009 pandémico. GlaxoSmithKline y Sanofi Pasteur convinieron en convertir su promesa de donación de vacunas contra el H5N1 en vacunas contra la gripe por A (H1N1) 2009 pandémico y aumentar el número de dosis a 150 millones.

240. En mayo y junio de 2009 la OMS estudió el volumen de vacunas contra la gripe estacional y pandémica que los fabricantes tenían previsto producir. Los resultados de ese análisis se pusieron a disposición de todos los interesados (61). A los fabricantes se les preguntó si estarían dispuestos a reservar el 10% de la producción en tiempo real para la adquisición - y no necesariamente para la donación - por parte de organismos de las Naciones Unidas. Numerosos productores estaban vinculados por acuerdos de compra anticipada con países de ingresos elevados, por lo que se calculó que en 2009 solo una cantidad limitada de vacunas contra la gripe por A (H1N1) pandémico estaría disponible para que organismos de las Naciones Unidas pudieran comprarlas.

241. Las negociaciones con los fabricantes y los gobiernos para la donación de vacunas, pese a haber comenzado a finales de julio de 2009, avanzaron con lentitud. Se preveía que se concluirían, en lo relativo a las donaciones, acuerdos legales con al menos cuatro fabricantes y una docena de gobiernos donantes y, en lo relativo a los receptores, con casi 100 gobiernos. Se decidió que debía establecerse un marco jurídico único aceptable para todas las partes. Primero, la OMS entabló negociaciones con GlaxoSmithKline, con la intención de que el acuerdo alcanzado sirviera de modelo para otros fabricantes. El 9 de noviembre de 2009 se firmó un acuerdo para la donación de vacunas por parte de GlaxoSmithKline, según el cual las entregas debían comenzar a finales de 2009. En diciembre de 2009, CSL Australia, MedImmune y Sanofi Pasteur firmaron acuerdos basados en las mismas condiciones legales. En enero de 2010 se llegó a un acuerdo legal para que Novartis facilitara las donaciones hechas por gobiernos donantes de sus propios productos, ya que este fabricante se había negado a ser uno de los donantes de la iniciativa de la OMS para el despliegue de la vacuna antipandémica.

242. Tras los primeros acuerdos legales con los fabricantes se suscribieron acuerdos con gobiernos donantes de vacunas contra la gripe por A (H1N1) 2009 pandémico. El 16 de diciembre acordaron donar vacunas de sus propias existencias los Estados Unidos de América, seguidos de Australia (22 de diciembre), Francia (15 de enero de 2010), Bélgica (29 de enero de 2010), Suiza (16 de marzo de 2010), Noruega (19 de marzo de 2010), Italia (16 de abril de 2010), el Reino Unido (28 de mayo de 2010) y Singapur (21 de junio de 2010).

### **Capacidad de producción, acceso equitativo y transferencia de tecnología**

243. El 29 de abril de 2009 se celebraron las primeras conversaciones entre la Directora General de la OMS y los fabricantes de vacunas para evaluar la capacidad y los plazos de producción de vacunas antipandémicas, y abogar a favor de la equidad en la disponibilidad de esas vacunas para los países en desarrollo. Esa teleconferencia contó con la participación de fabricantes de países de ingresos elevados, la mayoría de los cuales eran miembros de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (FIIM), y de fabricantes de vacunas de países de ingresos bajos y medios, muchos de los cuales pertenecían a la Red de Fabricantes de Vacunas de los Países en Desarrollo (DCVMN). Después de esta teleconferencia se celebró, el 19 de mayo de 2009, una reunión de alto nivel entre la Directora General de la OMS y el Secretario General de las Naciones Unidas con los directores ejecutivos de todas las empresas fabricantes de vacunas antigripales conocidas para promover la equidad de acceso, y semanalmente se realizaron teleconferencias entre la OMS y todos los fabricantes interesados. Estas últimas fueron organizadas, en lo que a los fabricantes se refiere, por la FIIM y la DCVMN. No se llegó a acuerdos de donación de vacunas con fabricantes que no fueran miembros de la FIIM, máxime porque las primeras vacunas antipandémicas registradas por los fabricantes de la DCVMN no estuvieron disponibles hasta mediados de 2010.

244. La capacidad global de producción de vacunas antigripales no basta más que para proteger a una pequeña parte de la población mundial. En 2006, tras celebrar amplias consultas con todos los interesados sobre el virus vacunal candidato producido por reagrupamiento, se elaboró un Plan de Acción Mundial de la OMS contra la gripe pandémica orientado a incrementar el suministro de vacunas (62). En dicho plan se daba prioridad a la aplicación de tres estrategias para aumentar la capacidad de producción de vacunas antipandémicas. La primera estrategia se proponía aumentar la cobertura de la vacuna estacional en todo el mundo con el fin de aumentar la demanda y alentar a los fabricantes a invertir en capacidad para satisfacer esa nueva demanda. La segunda consistía en fomentar la creación de nuevos centros de producción, en particular en países en desarrollo. La tercera, en mejorar la investigación y el desarrollo de nuevas vacunas contra los virus gripales novedosos, ya que las vacunas innovadoras tienen el potencial de corregir, o al menos aliviar de forma sustancial, la insuficiente capacidad de producción.

245. En el marco de la segunda estrategia, la OMS lleva desde 2007 facilitando apoyo técnico y financiero a los fabricantes de 11 países de ingresos bajos y medios para que adquieran la tecnología necesaria para producir vacunas antigripales. La OMS negoció la compra de una licencia para una vacuna antigripal viva atenuada cultivada en huevos de gallina, proveniente de un fabricante de vacunas antigripales de los Países Bajos, y suscribió un acuerdo de transferencia de material con un instituto de la Federación de Rusia para asegurar el acceso a las cepas virales necesarias para fabricar la vacuna. Estos acuerdos le permitieron conceder sublicencias a dos fabricantes de países en desarrollo (SII, de la India, y GPO, de Tailandia). Luego se dio a los fabricantes acceso a los materiales necesarios para la fabricación de la vacuna antigripal basada en virus vivos atenuados, en beneficio no solo de los mercados locales, sino también de otros países en desarrollo que carecían de la capacidad necesaria para producir vacunas antigripales.

246. La OMS también comenzó a colaborar con el Instituto de Vacunas de los Países Bajos (NVI) para que prestara apoyo adicional al fortalecimiento de la capacidad. El NVI actúa como centro coordinador para respaldar la transferencia de tecnología y proporciona asistencia técnica a fabricantes de los países en desarrollo para la producción de vacunas. En el marco de ese acuerdo, el NVI desarrolló una plataforma para la producción de vacunas candidatas, así como unos procedimientos operativos estándar de producción y garantía de la calidad, y llevó a cabo otras actividades necesarias para promover la producción final de vacunas. Durante la pandemia de gripe por virus A (H1N1) 2009, tres fabricantes de países de ingresos bajos y medios estuvieron en condiciones de conceder una licencia de distribución para las vacunas antipandémicas utilizadas en sus países.

### **Producción de vacunas estacionales frente a producción de vacunas antipandémicas**

247. La decisión de suspender la producción de vacunas contra la gripe estacional de forma que toda la capacidad productiva pueda utilizarse para la vacuna antipandémica está enteramente en manos de los fabricantes y los principales compradores. La decisión de que la producción de vacunas antipandémicas pueda reducirse o suspenderse en condiciones de seguridad para aumentar la producción de la vacuna estacional también está en manos de los fabricantes.

248. Ni el SAGE ni un Comité de Emergencias convocado al amparo de lo dispuesto en el RSI tienen el cometido, según sus mandatos, de asesorar sobre si debería producirse una vacuna contra un virus emergente o decidir cuándo debería suspenderse la producción de la vacuna contra la gripe estacional para favorecer la de la vacuna antipandémica.

## **Despliegue de las vacunas y distribución en los países**

249. En septiembre de 2010, al final de la iniciativa de despliegue de la vacuna contra la gripe por H1N1, se habían prometido donaciones de 200 millones de dosis de vacunas contra la gripe por A (H1N1) 2009 pandémico y se habían comprometido por contrato 122,5 millones de dosis. También se habían prometido y comprometido 70 millones de jeringuillas y 500 000 contenedores para objetos punzocortantes desechables (Becton-Dickinson donó a la OMS 25 millones de jeringuillas a través de AmeriCares; la USAID, 10,5 millones de jeringuillas y 95 775 contenedores de seguridad; los artículos restantes, según lo previsto, debían donarse directamente a los países). Se disponía de un fondo de unos US\$ 57 millones para cubrir los gastos de transporte y ayudar a los países a distribuir y entregar las vacunas donadas.

250. En un principio los planes consistían en distribuir 200 millones de dosis de vacuna a casi 100 países. En vista del número de habitantes de los posibles países receptores y del volumen de vacunas del que probablemente se dispondría, la Directora General de la OMS decidió ofrecer a todos los países con derecho a ello suficientes vacunas para inmunizar como máximo al 10% de la población, porcentaje considerado suficiente para vacunar al personal sanitario y los grupos de alto riesgo, como las mujeres embarazadas. La vacuna debía distribuirse en dos tramos: en el primer envío, una cantidad suficiente para vacunar al 2% de la población (por ejemplo, el personal sanitario) y el resto, en un segundo envío. Los países pequeños recibirían su asignación completa (en caso de que fuera inferior a 100 000 dosis) en el primer tramo con el fin de reducir los costos de transacción; los grandes, en cambio, una cantidad menor a su asignación del 2% en el primer tramo con el fin de que todos los países que reunían los requisitos pudieran recibir una cierta cantidad de vacunas lo antes posible.

251. Antes de recibir las vacunas donadas, los países tenían que firmar una carta de acuerdo con la OMS y presentar un plan de distribución para demostrar que disponían de una estrategia para llegar a los grupos destinatarios y de recursos económicos suficientes, inclusión hecha del apoyo financiero facilitado por la OMS. En mayo de 2010 se habían firmado 84 acuerdos, aunque sólo 65 países habían ultimado sus planes. Entre finales de febrero de 2010, cuando estuvieron disponibles las donaciones de vacunas, y finales de mayo de 2010, se distribuyeron, en 60 países, 38,8 millones de dosis. Todas las dosis se enviaron con una cantidad suficiente de jeringuillas y contenedores para objetos punzocortantes desechables. Para finales de mayo de 2010 casi todos los países de las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental que reunían los requisitos habían recibido las vacunas. De los 44 países africanos con derecho a ello, solo 19 las habían recibido, y ese número inferior al previsto se debió principalmente a la ausencia de planes de distribución finalizados. En seis casos, la entrega de las donaciones de vacunas se vio obstaculizada por el retraso con que los países receptores concedieron la aprobación reglamentaria para la importación de vacunas.

252. En total se enviaron 78 millones de dosis de vacunas contra la pandemia de gripe por A (H1N1) 2009 a 77 países. El Comité de Examen, al que llegaron quejas por los retrasos en la distribución de las vacunas, reconoció que las razones eran complejas y dependían de múltiples factores. En un futuro habrá que afrontar estas dificultades sistémicas en varios frentes para mejorar las intervenciones de respuesta.

## **H. Documentos de orientación de la OMS**

253. Cuando comenzó la pandemia se disponía de los siguientes documentos de orientación: Plan mundial de la OMS de preparación ante una pandemia de gripe (2005); WHO interim protocol: rapid operations to contain the initial emergency of pandemic influenza (octubre de 2007); Prevención y

control de infección en enfermedades respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria - Pautas provisionales de la OMS (junio de 2007); Preparación para una gripe pandémica y su mitigación en poblaciones de refugiados y desplazados: directrices de la OMS para organismos humanitarios (mayo de 2008); Reducing Excess Mortality from Common Illnesses during an Influenza Pandemic (octubre de 2008); y Resumen de las normas de orientación sobre el tratamiento farmacológico de personas infectadas por el virus A (H5N1) de la gripe aviar (junio de 2006).

254. Durante la pandemia se publicaron alrededor de 60 documentos, la mayoría antes de agosto de 2009. Los primeros, como el relativo a los consejos sobre la utilización de mascarillas, no estaban basados en nuevos datos y, tal vez, podrían haberse escrito y publicado en el sitio web antes, en el marco de la labor de preparación general ante una pandemia. También habría sido posible realizar ediciones conjuntas o suscribir acuerdos para publicar mutuamente en internet las respectivas publicaciones con otras entidades, como el Organismo de Protección Sanitaria del Reino Unido o los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

255. En las primeras etapas de la pandemia no se realizó una evaluación estratégica de la labor de toda la Organización ni se ordenaron por prioridad las directrices que habrían resultado necesarias; las decisiones, en cambio, corrieron a cargo de las distintas unidades técnicas o se tomaron para responder a las peticiones de los países. Si bien se prepararon una gran cantidad de documentos, la Directora General había decidido que, para garantizar la precisión y la coherencia, todos los documentos que debían publicarse tenían que recibir el visto bueno de una sola persona, el Subdirector General de Seguridad Sanitaria y Medio Ambiente. No es de sorprender si esa medida hizo que se acumularan documentos sin publicar.

256. Como consecuencia de todo esto se publicaron pocos documentos de orientación y su cobertura no fue sistemática, de modo que hubo lagunas en esferas importantes, como la evaluación de las medidas fronterizas. Además, debido a la falta de fondos disponibles, se tradujeron pocos documentos. Estas dificultades apuntan a un problema más general: la OMS carece de fondos para imprevistos que puedan emplearse en una emergencia mundial como esa. Se contó con el apoyo de funcionarios prestados de otros ámbitos profesionales, aunque esa situación solo es sostenible a corto plazo y no permite cubrir, por ejemplo, el aumento de las necesidades en materia de comunicación y traducción. A raíz de la presión a que se vio sometida la producción de documentos, se creó un grupo y se instituyeron procesos para producir orientaciones de emergencia (SHOCDocs). El propósito de SHOCDocs era garantizar la calidad a través de un proceso colegiado de revisión y eliminar los documentos superfluos o que no fueran prioritarios. Aun así, hubo retrasos en muchas publicaciones.

257. La OMS emitió una serie de orientaciones clínicas, pero estas también se vieron afectadas por los mismos problemas de retraso, y celebró teleconferencias con clínicos para que dieran a conocer sus experiencias, encuentros que los participantes calificaron de fructíferos. En el futuro, ante una situación que evolucione rápidamente, la OMS debería considerar las formas más eficaces de compartir y transmitir información clínica, trabajando en colaboración con especialistas, organizaciones e institutos clínicos.

258. El Comité de Examen constató que tanto la Sede como las oficinas regionales habían publicado orientaciones. Las regiones de la OMS funcionan de manera independiente y pueden adaptar las orientaciones de la Sede a sus propias circunstancias. Sin embargo, no existe un mecanismo claro para garantizar la armonía entre las distintas directrices. La OMS debería desarrollar la capacidad de asegurar la coherencia de las directrices en toda la Organización, reconociendo que las condiciones reinantes en las diferentes regiones y países pueden variar.

## **I. Comunicaciones**

259. La capacidad de transmitir información con rapidez y claridad en distintas plataformas de comunicación (televisión, radio, prensa, internet), en diferentes culturas y en muchos idiomas es esencial para gestionar una emergencia de salud pública de forma eficaz. En esta sección se examina el desempeño de las comunicaciones internas y externas de la OMS durante la pandemia y se analiza de qué modo la Organización logró disponer de la capacidad suficiente para hacer frente al gran aumento de la demanda, adaptó sus actividades normales en ese ámbito a la comunicación de los riesgos y afrontó las críticas externas. El Comité de Examen entrevistó a funcionarios clave de comunicaciones en la Sede y las regiones y tomó nota, en testimonios y documentos, de la contribución de las comunicaciones a la gestión de la pandemia.

### **Actividades cotidianas**

260. Las actividades de comunicación en la Sede están descentralizadas. La Oficina de la Directora General cuenta con personal dedicado exclusivamente a las actividades de comunicación, que rinden informes a un Director de Comunicaciones. Los grupos orgánicos tienen sus propios responsables de comunicaciones, que trabajan sea en la Oficina del Subdirector General sea en los distintos departamentos.

261. El equipo encargado del sitio web tiene una estructura paralela a la del personal de comunicaciones. Las páginas del sitio web dedicadas a la comunicación institucional que aparecen en la página de acceso son el Centro de prensa, una sección de información general sobre la Organización y temas de interés general. La edición de esas páginas corre a cargo del equipo encargado del sitio web, ubicado en el Departamento de Comunicaciones de la Oficina de la Directora General, mientras que el personal de los distintos departamentos tiene a su cargo las páginas dedicadas a las orientaciones técnicas, la información detallada sobre reuniones y eventos científicos, y los informes. La responsabilidad de todo el contenido de la web incumbe, en la Sede, a los Subdirectores Generales y, en las oficinas regionales, al Director Regional.

262. Los medios de comunicación se controlan a diario. Los responsables de comunicaciones evalúan la forma en que las actividades de la OMS se comunican al público y si los mensajes deben mejorarse. El personal de comunicaciones alerta al personal técnico y de categoría superior de sus respectivos departamentos sobre las cuestiones que revisten importancia. Cuando se juzga necesario, estas se remiten al personal directivo superior.

### **Comunicación de riesgos**

263. Durante una emergencia de salud pública, una estrategia de comunicación de riesgos ayuda a las partes interesadas a definir los riesgos, detectar los peligros, evaluar los puntos débiles y promover la resiliencia de las comunidades, aumentando de ese modo la capacidad para afrontar las dificultades. Su importancia es tan grande que la comunicación de riesgos es una de las dimensiones de la capacidad general que los Estados Partes deben haber desarrollado antes de 2012, plazo especificado en el RSI.

264. La estrategia de la OMS en materia de comunicación de riesgos se basa en cinco principios: planificación, transparencia, anuncios tempranos, confianza y escucha. Como resultado de la experiencia adquirida en brotes anteriores, la OMS elaboró las Normas de comunicación de brotes epidémicos (2005) y la Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en



caso de brotes epidémicos (2008). Estas orientaciones se han aplicado a toda la capacitación impartida en la OMS en esa esfera, no sólo en situaciones de emergencia.

265. La OMS también perfeccionó sus procedimientos de comunicación interna aplicables a una emergencia de salud pública mediante una serie de talleres de capacitación, desarrollando un módulo de formación en 2006 y realizando un simulacro de seguridad en materia de salud pública en junio de 2008.

### **Comienzo de la pandemia**

266. El anuncio de la Directora General, el 25 de abril de 2009, de una emergencia de salud pública de importancia internacional fue una noticia de primera plana para todos los medios de comunicación. Como principal interlocutor en materia de salud pública mundial, la OMS se vio sometida a una enorme presión para proporcionar información y asesoramiento. La Organización amplió rápidamente su estructura de comunicaciones. Funcionarios de varios departamentos de la Sede formaron un «equipo de redoblamiento de la capacidad», dirigido por el Jefe del Equipo de Comunicación del Departamento de Alerta y Respuesta Mundiales (GAR), del grupo orgánico Seguridad Sanitaria y Medio Ambiente. En aquel entonces el cargo de Director de Comunicaciones de la Oficina de la Directora General estaba vacante.

267. En mayo, en el momento de mayor interés de los medios de comunicación de todo el mundo, más de 45 responsables de comunicaciones respondían a las consultas que llegaban a la Sede, en una operación activa las 24 horas del día coordinada por las oficinas regionales. Además, había hasta 15 personas atendiendo llamadas, gestionando la logística y coordinando las conferencias de prensa virtuales, los programas grabados en estudio y la gestión in situ de los servicios de tecnología de la información prestados a los periodistas. Al comienzo de la pandemia, el personal de la Sede trabajó las 24 horas del día. Más tarde, el número de personas que estaban disponibles para trabajar hasta altas horas de la noche se redujo por varios motivos, como el hecho de que se trataba de un esfuerzo que presentaba visos de prolongarse, el cansancio y los compromisos familiares. La Organización, sacando partido de los diferentes husos horarios, a medianoche (Hora de Europa Central) conmutaba las llamadas a la OPS y, de allí, a la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, antes de que la Sede volviera a hacerse cargo de ellas a la mañana siguiente. Transcurridas seis semanas, a mediados de junio de 2009, la estructura creada para hacer frente al repentino aumento de la demanda se disolvió y la mayoría de los funcionarios regresaron a sus departamentos o grupos orgánicos. Si bien el interés de los medios y del público no había decaído, se mantuvo un equipo de tres responsables de comunicación a tiempo completo (cuyo número luego se aumentó a seis).

268. Las decisiones de políticas corrieron a cargo del Grupo Superior sobre Políticas de la Organización, que desde el comienzo de la pandemia se reunió diariamente, y en ocasiones dos veces al día. Varios funcionarios de comunicaciones se integraron en ese grupo desde el principio. Después de las reuniones, las decisiones clave se transmitían al resto del equipo de comunicaciones. A partir de ahí, los procedimientos operativos estándar hacían posible que la comunicación fluyera de la Sede a las oficinas regionales, por conducto de la estructura SHOC, y al personal de comunicaciones regional y los Estados Miembros. Los integrantes del equipo de comunicaciones celebraban teleconferencias diarias con sus homólogos regionales. En el momento álgido de la pandemia se distribuía dos veces al día una lista de «temas de interés», o mensajes clave para los medios, a las oficinas regionales y en los países con el fin de que en toda la Organización la información guardara coherencia. Esas listas de temas de interés también se facilitaban a otros organismos de las Naciones Unidas, como el Grupo de Comunicaciones de las Naciones Unidas sobre las gripes pandémica y aviar, así como a los Estados Miembros y la Red de Comunicaciones Institucionales de la Unión Europea, el Global Health Security

Action Group, el Network Communications Group y el personal de comunicaciones de los ministerios de salud de los países donde era mayor el interés de los medios.

269. Los dos principales canales de comunicación externa durante la fase aguda de la pandemia fueron los medios de comunicación y el sitio web de la OMS. Las conferencias de prensa comenzaron el 26 de abril de 2009. Al principio se convocaban a diario, luego cada dos días y, al final, una vez por semana, según lo exigieran las circunstancias. Esos encuentros, en los que los periodistas podían entrar en contacto directo con los expertos técnicos de la OMS, generalmente estuvieron encabezados por la Directora General; el Asesor Especial de la Directora General sobre Gripe Pandémica; el Director de la Iniciativa para la Investigación de Vacunas; el Director de Alerta y Respuesta Mundiales, y el portavoz de la OMS.

270. En el plazo de una hora se publicaban en el sitio web los archivos de audio de las conferencias de prensa y, al cabo de tres horas, su transcripción. Para acoger a los medios de comunicación se levantó una carpa en los jardines de la Sede, que en las primeras semanas de la pandemia fue utilizada por entre 50 y 100 periodistas. Se celebraron más de 40 sesiones informativas virtuales por teleconferencia, para que pudieran participar periodistas de todo el mundo. Solo en la Sede, el personal de comunicaciones realizó miles de entrevistas radiofónicas, televisivas y telefónicas. En una semana se produjeron más de 250 000 reportajes en inglés sobre la pandemia.

271. El sitio web de la OMS fue fundamental para transmitir sus mensajes y proporcionar información técnica. En él se publicaron con regularidad notas informativas y listas de preguntas frecuentes. Entre abril de 2009 y agosto de 2010, 86 notificaciones de brotes epidémicos de la página «Disease Outbreak News» del sitio se dedicaron a la pandemia. Esa página ofrece a los profesionales de la salud, los periodistas y el público en general información detallada, como el número de casos confirmados y de fallecimientos. Las notificaciones se publican según se considera necesario.

272. El público en general fue una parte cada vez más importante de los destinatarios de la OMS. En un momento dado el sitio web recibió casi dos millones de visitas en tres horas. El 26 de abril, el día en que se declaró la emergencia de salud pública de importancia internacional, se creó un sitio web exclusivamente dedicado a la gripe pandémica, para que sirviera de repositorio de orientaciones técnicas y de información general para el público. Para difundir las noticias más actualizadas se utilizaron una cuenta de Twitter y un servicio de suscripción de contenidos (RSS).

### **Críticas externas**

273. En julio de 2009 comenzaron a aparecer en los medios de comunicación opiniones críticas sobre el modo en que la OMS estaba afrontando la pandemia. Se la acusaba, por ejemplo, de haber cambiado la definición de pandemia sin previo aviso. En el examen regular de los contenidos de las páginas web relacionadas con la pandemia de gripe en el marco de los procedimientos de emergencia establecidos, el responsable de la web de la OMS encontró dos páginas que debían modificarse. La primera, relacionada con la preparación para la pandemia (63), se modificó el 4 de mayo de 2009, después de que la revisión mostrara que los términos «pandemia» y «pandemia por H5N1» se utilizaban indistintamente. Estas expresiones creaban la impresión de que solo el virus H5N1 podría provocar una pandemia.

274. La expresión «enorme número de fallecimientos y gran morbilidad» hacía referencia a una hipótesis de pandemia letal por H5N1. El texto fue editado para que tuviera más en cuenta el brote de H1N1 en curso. La segunda página era un texto publicado sobre el virus H5N1, con un título que daba a entender que lo que se describía era una pandemia de gripe en términos generales. Para que resultara más claro, se añadió «gripe aviar» al título. La OMS siguió la práctica habitual en la web, consistente

en no eliminar las páginas. Sin embargo, las modificaciones introducidas en el contenido de las páginas y las distintas versiones no fueron patentes para los lectores. Esos cambios, que se hicieron sin previo aviso sin añadir ninguna explicación, alimentaron la sospecha de que lo que se había hecho era un intento subrepticio de cambiar la definición en lugar de un esfuerzo por hacer más precisas y coherentes las descripciones de una pandemia. A partir de mayo de 2009 fue posible rastrear todos los cambios introducidos en las páginas web y las revisiones se indicaron con la fecha correspondiente.

275. Una segunda crítica fue que la OMS se precipitó en declarar la fase 6 en beneficio de la industria farmacéutica (64). La primera respuesta de la OMS a estas acusaciones no apareció hasta el 3 de diciembre de 2009 y la forma elegida fue una nota informativa publicada en su sitio web, en la que se explicaban en detalle los esfuerzos de la Organización para prevenir los conflictos de intereses (65). Esto fue casi cinco meses después de que la cuestión se hubiera planteado por primera vez, retraso que no ayudó a desmentir las acusaciones.

276. Además, en diciembre el Consejo de Europa pidió que se investigara de inmediato la «gestión de la pandemia de gripe por H1N1» (66). En una audiencia celebrada el 26 de enero de 2010, el Dr. Fukuda declaró que «las decisiones normativas y la respuesta de la OMS en lo que atañe a la pandemia de gripe no [habían] estado sometidas a una influencia indebida de la industria farmacéutica». El Dr. Fukuda había hecho declaraciones similares en una conferencia de prensa virtual de la OMS el 14 de enero de 2010 (67).

277. De octubre a diciembre de 2009, los medios de comunicación siguieron acusando a los miembros del Comité de Emergencias de conflicto de intereses y pidieron a la OMS que publicara el formulario de declaración de intereses que utilizaba para sus expertos. La OMS hizo pública una declaración el 22 de enero de 2010 en respuesta a las denuncias de conflicto de intereses y a lo que, para entonces, los críticos calificaban de «falsa» pandemia (68). La política en materia de conflictos de intereses fue explicada más a fondo por el Secretario Ejecutivo del Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico (SAGE) en materia de Inmunización, quien se reunió con el colectivo de los medios de información del Palais des Nations, en Ginebra, el 10 de febrero de 2010 para explicar cómo el SAGE se ocupaba de estas cuestiones (69).

278. El 3 de junio 2010, en un editorial del *British Medical Journal* (BMJ), se formularon nuevas críticas a la OMS en relación con los conflictos de intereses y la conducta durante la pandemia. El 8 de junio de 2010 la OMS emitió una declaración de la Directora General dirigida a los editores del BMJ, negando todo conflicto de intereses y anunciando que el desempeño de la OMS al respecto se evaluaría por conducto de este Comité (70). El 10 de junio la OMS publicó una nota informativa en su sitio web para explicar las medidas que había adoptado durante la pandemia (71).

### **Conclusiones: críticas externas**

279. El Comité de Examen concluyó que la OMS debía mejorar su modo de reaccionar ante las críticas reconociendo cuándo podía haber cometido un error o contribuido a fomentar malentendidos, y respondiendo enérgicamente y con profesionalidad a las críticas injustificadas.

280. La reacción de la OMS ante unas acusaciones infundadas pareció pasiva y lenta. Algunas de esas acusaciones, procedentes de los sitios de medios sociales (blogs, Facebook y Twitter), no iban acompañadas de pruebas científicas y eran a todas luces infundadas. Otras denuncias, sin embargo, provenían de fuentes de información estándar y debían haberse abordado de manera proactiva y transparente. El Comité entiende que la OMS se considera una organización técnica y, como tal, la labor de índole técnica es su máxima prioridad. Además, es posible que nunca antes se la hubiese criticado públicamente de esa forma, de manera que no supo responder adecuadamente. De las entrevistas con

los funcionarios de comunicaciones de alto nivel se desprende claramente que dedicar una gran cantidad de tiempo a responder a todas las críticas y acusaciones dirigidas contra la Organización no habría sido una forma racional de utilizar los limitados recursos disponibles. El Comité considera que la Organización necesita una política y un mecanismo claros que le permitan responder a las críticas.

281. La reticencia de la OMS a reconocer sus errores y a asumir su parte de responsabilidad en haber fomentado ciertas preocupaciones, por ejemplo al no revelar la identidad de los miembros del Comité de Emergencias o por su forma de gestionar la cuestión del conflicto de intereses y alterar sin dejar rastro los textos de la web que describían la pandemia, socavó su capacidad para responder a acusaciones infundadas, como la de haberse precipitado al declarar la fase 6 o de connivencia con las empresas farmacéuticas. La OMS no fue lo suficientemente lejos, ni en reconocer y aceptar las críticas que eran legítimas ni en refutar las acusaciones infundadas. Aunque es difícil distinguir entre ellas, sobre todo en tiempo real, esa diferenciación y una respuesta más enérgica en ambas direcciones son la esencia de una estrategia de comunicación que contribuya a mantener la credibilidad.

282. Para la OMS uno de los principios rectores más importantes de su labor de comunicación de riesgos es la confianza. Este principio se promovió en las primeras etapas, cuando la OMS trató de que sus decisiones y justificaciones para pasar de una fase a otra fueran transparentes. Lo que minó en parte esa confianza fue la falta de transparencia en la cuestión de los conflictos de intereses y el silencio que mantuvo cuando se le pidió que divulgara los nombres de los miembros del Comité de Emergencias. Estos hechos crearon un vacío que dio pábulo a las críticas. La Organización ha reconocido que se precisa de una mayor transparencia para conservar la confianza del público.

### **Conclusiones: puntos fuertes**

283. Las intervenciones de la OMS en materia de comunicaciones ante la emergencia de salud pública de importancia internacional mostraron numerosos puntos fuertes aplicando sus principios de comunicación de riesgos durante la fase aguda:

- El personal de Comunicaciones se movilizó con prontitud y colaboró activamente con los medios de comunicación.
- Los cambios de fase se anunciaron tan pronto como se determinaron.
- Se publicaron en la web notas informativas y respuestas a las preguntas frecuentes.
- La información clave para los países y los profesionales de la salud se publicó en el sitio web. Muchos Estados Miembros declararon que habían recibido información precisa de manera oportuna y que, gracias a ello, habían podido tomar las medidas apropiadas en sus países.
- La Organización recurrió rápidamente a sus recursos internos para establecer un sólido equipo de redoblamiento de la capacidad, que resultó ser una estrategia eficaz.
- Las oficinas regionales indicaron que la corriente de información proveniente de la Sede fue oportuna y efectiva, de forma que la Organización pudo producir mensajes coherentes en todo el mundo.
- El Comité de Examen constató que la OMS afrontó rápidamente los problemas técnicos en las primeras etapas de la pandemia. Por ejemplo, las cuestiones relativas a la salubridad de

la carne porcina se analizaron en una Nota informativa (N.º 2/2009) titulada «Brote humano de gripe por A (H1N1): consideraciones sobre la interfaz hombre-animal», fechada el 30 de abril.

- Un día antes de anunciar la fase 6, la OMS proporcionó a sus oficinas en los países paquetes de comunicación que contenían tres herramientas de orientación relativas a la gravedad, las medidas de salud pública que debían adoptarse y la comunicación de riesgos. Estos paquetes fueron el primer intento de recopilar material para contribuir a las intervenciones realizadas a escala nacional. Si bien se trató de una iniciativa encomiable, el Comité consideró que los paquetes habrían sido más útiles si se hubieran distribuido antes.

### **Conclusiones: mejoras necesarias**

284. El Comité de Examen estimó que la actuación de la OMS en materia de comunicaciones podría mejorarse aprendiendo de la experiencia adquirida durante la pandemia.

285. Una importante traba a la comunicación fue la falta de capacidad para hacer frente al aumento repentino de la demanda de servicios de traducción durante la pandemia. El volumen de información generada por la Organización superó los recursos disponibles. El resultado fue una laguna de información en algunos países, que afectó a la eficacia de unos mensajes para los que el tiempo era un factor decisivo.

286. La disolución del equipo de redoblamiento de la capacidad en materia de comunicaciones durante la fase 6, un momento crucial de la pandemia, acabó siendo una decisión desafortunada. La Directora General y su personal de comunicaciones declararon que ese aumento continuo de la capacidad a largo plazo era insostenible, no solo en la esfera de las comunicaciones sino también en el resto de la Organización. Prevalcieron las apremiantes demandas de recursos para llevar a cabo su labor cotidiana y la necesidad de garantizar la continuidad de las actividades ordinarias. Debido a los fondos limitados y a la falta de personal es imposible hacer frente a un aumento prolongado de la demanda.

287. Los medios sociales (como Facebook, Twitter, YouTube, etc.) han añadido nuevas dimensiones a la comunicación mundial. El hecho de que la OMS careciera de una política en la materia y contara con pocos recursos destinados a los medios de comunicación social comprometió el diálogo de la Organización con el mundo exterior.

288. El uso de las nuevas tecnologías de información, en particular las redes sociales, debería ser una parte esencial de la planificación de la OMS en materia de comunicaciones estratégicas. La investigación, la capacitación y unas directrices para los Estados Miembros en este ámbito también redundarían en beneficio de las intervenciones de respuesta a nivel regional y nacional.

289. En la Sede, los vínculos entre los departamentos y las comunicaciones a nivel institucional no están tan estructurados como podrían. La OMS no cuenta con un plan escrito de comunicaciones estratégicas durante una emergencia. Es esencial elaborar un plan de mejora de las comunicaciones ordinarias y de riesgos para toda la Organización, en el que se incorpore la proyección a más largo plazo. En el plan debería incluirse la gestión de la reputación, así como la mejora de la transparencia en lo relativo a las modificaciones del contenido de la web.

290. Desde que comenzó el proceso de examen, el personal de comunicaciones ha evaluado su labor durante la pandemia y ha comenzado a mejorar las políticas conexas. La utilización de las nuevas herramientas de comunicación, con el uso de Twitter, Facebook, YouTube y otras plataformas, va en aumento. La Oficina de la Directora General ya cuenta con un Director de Comunicaciones.

291. Los Estados Miembros han determinado cuáles son sus necesidades de comunicación durante los exámenes realizados internamente. La más citada es el fortalecimiento de la comunicación de riesgos a nivel local, nacional y regional mediante el aumento de la capacidad humana e institucional, sobre todo impartiendo capacitación para desarrollar las competencias y aumentar la concienciación.

292. Los Estados Miembros deberían plantearse la posibilidad de elaborar estrategias para entrar en estrecho contacto con los medios de información y el público a través de un plan de comunicaciones sobre cuestiones complejas de salud pública. La pandemia puso de relieve la dificultad de comunicar principios científicos complejos, transmitiendo el nivel de gravedad, incertidumbre y riesgo. Deben considerarse nuevos enfoques que vayan más allá de la difusión de mera información. Muchos Estados Miembros han citado la mejora del contenido y el alcance de los productos de información (que algunos países denominan «materiales de información, educación y comunicación»), especialmente en los idiomas locales, como uno de los elementos fundamentales para aumentar la concienciación. Los materiales deben ajustarse al público al que van destinados, difundirse con el método más apropiado para el grupo destinatario, ya sea por escrito (guías, folletos), audio (anuncios televisivos y/o radiofónicos) o mediante talleres interactivos. También podría considerarse la elaboración de métodos para evaluar la utilidad de estos materiales, esto es, de qué forma los grupos destinatarios los reciben, perciben y utilizan.

## Referencias

1. Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (2005). In accordance with Annex 1 of the IHR. A guide for assessment teams information. Geneva, World Health Organization, 2010.  
[http://www.who.int/ihr/publications/who\\_hse\\_ihr\\_201007\\_en.pdf](http://www.who.int/ihr/publications/who_hse_ihr_201007_en.pdf)
2. WHO technical consultation on the implementation and evaluation of Annex 2 of the IHR (2005). Geneva, Switzerland, 20–22 October 2008. Summary report. Geneva, World Health Organization, 2009. [http://www.who.int/ihr/summary\\_report\\_annex2.pdf](http://www.who.int/ihr/summary_report_annex2.pdf)
3. Haustein T et al. Should this event be notified to the World Health Organization? Reliability of the International Health Regulations notification assessment process. *Bulletin of the World Health Organization*, 2011, 89:296–303. doi:10.2471/BLT.10.083154.
4. WHO guidance for the use of Annex 2 of the International Health Regulations (2005). Decision instrument for the assessment and notification of events that may constitute a public health emergency of international concern. Geneva, World Health Organization, 2010.  
[http://www.who.int/ihr/revised\\_annex2\\_guidance.pdf](http://www.who.int/ihr/revised_annex2_guidance.pdf)
5. Public health measures taken at international borders during early stages of pandemic influenza A (H1N1) 2009: preliminary results. *Weekly Epidemiological Record*, 2010, 85:186–195.
6. Calvo SG. Human development research paper 2010/18. The global financial crisis of 2008–10: a view from the social sectors. New York City, United Nations Development Programme, July 2010.  
[http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/papers/HDRP\\_2010\\_18.pdf](http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/papers/HDRP_2010_18.pdf)
7. Protecting pro-poor health services during financial crises. Lessons from experience. Health nutrition and population. Washington, DC, The World Bank, April 2009.  
<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/ProtectingProPoorFC.pdf>

8. The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation. Geneva, Switzerland, 19 January 2009. Geneva, World Health Organization, 2009.  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_DGO\\_2009.1\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_DGO_2009.1_eng.pdf)
9. McKee M, Stuckler D, Martin-Moreno JM. Protecting health in hard times. *British Medical Journal (clinical research ed.)*, 2010, 341:c5308. doi:10.1136/bmj.c5308 PMID:20880907
10. Oshitani H, Kamigaki T, Suzuki A. Major issues and challenges of influenza pandemic preparedness in developing countries. *Emerging Infectious Diseases*, 2008, 14:875–880. doi:10.3201/eid1406.070839 PMID:18507896
11. Hanvoravongchai P et al.; AsiaFluCap Project. Pandemic influenza preparedness and health systems challenges in Asia: results from rapid analyses in 6 Asian countries. *BMC Public Health*, 2010, 10:322. doi:10.1186/1471-2458-10-32 PMID:20529345
12. Report proceedings of the sub-regional meeting on pandemic influenza preparedness and response: Caribbean experience and lessons learned, 9–11 September 2009. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2009. <http://www.disaster-info.net/carib/docs/PandInflPrepRespCarib/Others/FinalReportCaribbeanMeetingPandemicLessonsLearned.pdf>
13. Response to pandemic (H1N1) 2009 in the Americas: Lessons and challenges. Miami, Florida, 15–17 September 2009. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2011.  
[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=805&Itemid=569&language=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=805&Itemid=569&language=en)
14. Hine D. The 2009 influenza pandemic. An independent review of the UK response to the 2009 influenza pandemic. London, UK, July 2010.  
<http://interim.cabinetoffice.gov.uk/media/416533/the2009influenzapandemic-review.pdf>
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Key learning on critical clinical care services during the 2009 pandemic to help future planning. 31 August 2010.  
[http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvise/Lists/ECDC%20Reviews/ECDC\\_DispForm.aspx?List=512ff74f%2D77d4%2D4ad8%2Db6d6%2Dbf0f23083f30&ID=934&RootFolder=%2Fen%2Factivities%2Fsciadvise%2FLists%2FECDC%20Reviews](http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvise/Lists/ECDC%20Reviews/ECDC_DispForm.aspx?List=512ff74f%2D77d4%2D4ad8%2Db6d6%2Dbf0f23083f30&ID=934&RootFolder=%2Fen%2Factivities%2Fsciadvise%2FLists%2FECDC%20Reviews)
16. African regional conference on pandemic influenza A (H1N1) 2009, Johannesburg, South Africa, 11–13 August 2009. WHO Regional Office for Africa, 2009.  
[http://www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=3760](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3760)
17. Global surveillance during an influenza pandemic – version 1. 28 April 2009. Geneva, World Health Organization, 2009.  
[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global\\_pandemic\\_influenza\\_surveillance\\_apr09.pdf](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global_pandemic_influenza_surveillance_apr09.pdf)
18. *A practical guide to harmonizing virological and epidemiological influenza surveillance*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2008.  
<http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/CSR/Publications/GuideToHarmonizingInfluenzaSurveillance-revised2302.pdf>

19. Pan American Health Organization-US Centers for Disease Control and Prevention. Generic Protocol for Influenza Surveillance (draft). Washington, DC, Pan American Health Organization, 15 December 2006. <http://new.paho.org/hq/images/stories/AD/HSD/CD/INFLUENZA/flu-snl-gpis.pdf>
20. World Health Organization. Report of the WHO consultation on surveillance for pandemic influenza. Geneva, Switzerland, 10–12 December 2007. 2009. [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/DecReportFinal2.pdf](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/DecReportFinal2.pdf)
21. World Health Organization. Interim WHO guidance for the surveillance of human infection with swine influenza A(H1N1) virus. 27 April 2009. [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/WHO\\_case\\_definitions.pdf](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/WHO_case_definitions.pdf)
22. World Health Organization. Changes in reporting requirements for pandemic (H1N1) 2009 virus infection. 16 July 2009. [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1\\_surveillance\\_20090710/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_surveillance_20090710/en/index.html)
23. World Health Organization. Human infection with pandemic (H1N1) 2009 virus: updated interim WHO guidance on global surveillance. 10 July 2009. [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/guidance/surveillance/WHO\\_case\\_definition\\_swine\\_flu\\_2009\\_04\\_29.pdf](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/guidance/surveillance/WHO_case_definition_swine_flu_2009_04_29.pdf)
24. World Health Organization. Surveillance recommendations for Member States in the post-pandemic period. 12 August 2010. [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/surveillance\\_post\\_pandemic\\_20100812/en/index.html](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/surveillance_post_pandemic_20100812/en/index.html)
25. Global influenza surveillance network: laboratory surveillance and response to pandemic H1N1 2009. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:361–365.
26. New influenza A (H1N1) virus: global epidemiological situation, June 2009. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:249–257.
27. Community strategy for pandemic influenza mitigation. Flu.gov; Feb 2007. <http://pandemicflu.gov/professional/community/commitigation.html>
28. Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document. Geneva, World Health Organization, 25 April 2009. <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance2009/en/index.html>
29. World Health Organization. WHO ad hoc scientific teleconference on the current influenza A(H1N1) situation. 4 May 2009. [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/TCReport2009\\_05\\_04.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/TCReport2009_05_04.pdf)
30. World Health Organization. WHO technical consultation on the severity of disease caused by the new influenza A (H1N1) virus infections. 5 May 2009. [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/Report\\_20\\_05MayTeleconferencex.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/Report_20_05MayTeleconferencex.pdf)
31. World Health Organization. Assessing the severity of an influenza pandemic. 11 May 2009. [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease\\_swineflu\\_assess\\_20090511/en/](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/en/)



- 
32. Considerations for assessing the severity of an influenza pandemic. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:197–202.
33. World Health Organization. Frequently asked questions. What is phase 6?. 11 June 2009. [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/levels\\_pandemic\\_alert/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/levels_pandemic_alert/en/index.html)
34. World Health Organization. Viruses resistant to oseltamivir (Tamiflu) identified. 8 July 2009. [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1\\_antiviral\\_resistance\\_20090708/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_antiviral_resistance_20090708/en/index.html)
35. World Health Organization. Public health significance of virus mutation detected in Norway. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 17. 20 November 2009. [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing\\_20091120/en/](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091120/en/)
36. Domínguez-Cherit G et al. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) in Mexico. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1880–1887. doi:10.1001/jama.2009.1536 PMID:19822626
37. Kumar A et al.; Canadian Critical Care Trials Group H1N1 Collaborative. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1872–1879. doi:10.1001/jama.2009.1496 PMID:19822627
38. President's Council of Advisors on Science and Technology. Report to the President on US preparations for the 2009–H1N1 influenza. 7 August 2009. [http://www.whitehouse.gov/assets/documents/PCAST\\_H1N1\\_Report.pdf](http://www.whitehouse.gov/assets/documents/PCAST_H1N1_Report.pdf)
39. Shrestha SS et al. Estimating the burden of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009–April 2010). *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52 Suppl 1;S75–S82. doi:10.1093/cid/ciq012 PMID:21342903
40. WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Geneva, World Health Organization, 2005. [http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO\\_CDS\\_CSR\\_GIP\\_2005\\_5.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf)
41. Bell DM; World Health Organization Writing Group. Non-pharmaceutical interventions for pandemic influenza, international measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:81–87. PMID:16494722
42. Bell DM; World Health Organization Writing Group. Non-pharmaceutical interventions for pandemic influenza, national and community measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:88–94. PMID:16494723
43. World Health Organization. Advice on the use of masks in the community setting in Influenza A(H1N1) outbreaks. 3 May 2009. <http://www.who.int/csr/resources/publications/Adviceusemaskcommunityrevised.pdf>
44. World Health Organization. Behavioural interventions for reducing the transmission and impact of influenza A(H1N1) virus: a framework for communication strategies. 26 June 2009. [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/framework\\_20090626\\_en.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/framework_20090626_en.pdf)
-

45. World Health Organization. WHO consultation on suspension of classes and restriction of mass gatherings to mitigate the impact of epidemics caused by the new influenza A (H1N1). 24 June 2009. [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/who\\_consultation\\_20090624\\_en.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/who_consultation_20090624_en.pdf)
46. World Health Organization. Reducing transmission of pandemic (H1N1) 2009 in school settings. 28 September 2009. [http://www.who.int/csr/resources/publications/reducing\\_transmission\\_h1n1\\_2009.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/reducing_transmission_h1n1_2009.pdf)
47. Mathematical modelling of the pandemic H1N1 2009. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:341-348.
48. World Health Organization. Interim planning considerations for mass gatherings in the context of pandemic (H1N1) 2009 influenza. 12 November 2009. [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/cp002\\_2009-0511\\_planning\\_considerations\\_for\\_mass\\_gatherings.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/cp002_2009-0511_planning_considerations_for_mass_gatherings.pdf)
49. Memish ZA et al.; Jeddah Hajj Consultancy Group. Establishment of public health security in Saudi Arabia for the 2009 Hajj in response to pandemic influenza A H1N1. *The Lancet*, 2009, 374:1786–1791. doi:10.1016/S0140-6736(09)61927-9 PMID:19914707
50. WHO guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics. Geneva, World Health Organization, 2004. [http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/11\\_29\\_01\\_A.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/11_29_01_A.pdf)
51. WHO rapid advice guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus. Geneva, World Health Organization, 2006. [http://www.who.int/medicines/publications/WHO\\_PSM\\_PAR\\_2006.6.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.6.pdf)
52. World Health Organization. WHO interim protocol: rapid operations to contain the initial emergency of pandemic influenza. October 2007. [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf)
53. Guyatt GH et al.; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal (clinical research edition)*, 2008, 336:924–926. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD PMID:18436948
54. World Health Organization. WHO guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses. February 2010. [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1\\_use\\_antivirals\\_20090820/en/index.html](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html)
55. World Health Organization. SAGE: terms of reference. 2010. [http://www.who.int/immunization/sage/SAGE\\_TOR\\_1\\_September\\_2010.pdf](http://www.who.int/immunization/sage/SAGE_TOR_1_September_2010.pdf)
56. World Health Organization. Ad hoc Policy Advisory Working Group on Influenza A (H1N1) Vaccines (established April 2009 to April 2010). 6 July 2010. [http://www.who.int/immunization/sage/wg\\_H1N1\\_apr09/en/](http://www.who.int/immunization/sage/wg_H1N1_apr09/en/)
57. World Health Organization. Recommendations of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE). 19 May 2009. [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/SAGEH1N1vaccinerecommendation2009\\_05\\_19.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/SAGEH1N1vaccinerecommendation2009_05_19.pdf)

- 
58. SAGE – report of the extraordinary meeting on the influenza A (H1N1) 2009 pandemic, 7 July 2009. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:301–304.
59. Pandemic influenza A (H1N1) 2009 virus vaccine – conclusions and recommendations from the October 2009 meeting of SAGE. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:493–500.
60. World Health Organization. World Health Assembly 60.28: Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. 23 May 2007. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHASSA\\_WHA60-Rec1/E/reso-60-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/E/reso-60-en.pdf)
61. Collin N, de Radiguès X; World Health Organization H1N1 Vaccine Task Force. Vaccine production capacity for seasonal and pandemic (H1N1) 2009 influenza. *Vaccine*, 2009, 27:5184–5186. doi:10.1016/j.vaccine.2009.06.034 PMID:19563891
62. Global pandemic influenza action plan to increase vaccine supply. Geneva, World Health Organization, 1 September 2006. <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF06/863.pdf>
63. World Health Organization. Pandemic preparedness. 2011. <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/index.html>
64. Grolle J, Hackenbroch V. Interview with epidemiologist Tom Jefferson: ‘A whole industry is waiting for a pandemic’. *Spiegel Online International*. 21 July 2009. <http://www.spiegel.de/international/world/0,1518,637119,00.html>
65. World Health Organization. WHO use of advisory bodies in responding to the influenza pandemic: Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 19. 3 December 2009. [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing\\_20091203/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091203/en/index.html)
66. Council of Europe. Parliamentary Assembly Council of Europe to prepare report on the handling of the swine flu pandemic. 26 January 2010. [http://assembly.coe.int/ASP/NewsManager/EMB\\_NewsManagerView.asp?ID=5209](http://assembly.coe.int/ASP/NewsManager/EMB_NewsManagerView.asp?ID=5209)
67. World Health Organization. Transcript of virtual press conference with Dr Keiji Fukuda, Special Adviser to the Director-General on Pandemic Influenza. 14 January 2010. [http://www.who.int/mediacentre/vpc/transcript\\_14\\_january\\_10\\_fukuda.pdf](http://www.who.int/mediacentre/vpc/transcript_14_january_10_fukuda.pdf)
68. World Health Organization. Statement of the World Health Organization on allegations of conflict of interest and ‘fake’ pandemic. 22 January 2010. [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1\\_pandemic\\_20100122/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1_pandemic_20100122/en/)
69. Zarocostas J. Head of WHO’s vaccines advisory group defends its policy on competing interests. *British Medical Journal (clinical research edition)*, 2010, 340:c987. doi:10.1136/bmj.c987.
70. World Health Organization. WHO Director-General’s letter to *British Medical Journal* editors. 8 June 2010. [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/letter\\_bmj\\_20100608/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/letter_bmj_20100608/en/)
71. World Health Organization. The international response to the influenza pandemic: WHO responds to the critics: Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 21. 10 June 2010. [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing\\_20100610/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100610/en/index.html)
-

#### IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El Comité de Examen ofrece tres conclusiones generales que sustentan las recomendaciones resultantes de su investigación del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y de la pandemia por virus de la gripe A (H1N1) 2009.

##### *Conclusión resumida 1*

2. El RSI ayudó a que el mundo estuviese mejor preparado para afrontar las emergencias de salud pública. Las capacidades básicas que prescribe el RSI aún no se despliegan plenamente y en este momento no parece que vayan a implantarse a tiempo en todo el mundo.

##### *Conclusión resumida 2*

3. La OMS tuvo en muchos aspectos un buen desempeño durante la pandemia, tuvo que hacer frente a dificultades sistémicas y presentó algunas deficiencias. El Comité no encontró indicios de ningún acto ilícito.

##### *Conclusión resumida 3*

4. El mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave de gripe o a cualquier emergencia de salud pública que represente una amenaza semejante de alcance global y sostenida. Más allá de la puesta en práctica de las capacidades básicas que prescribe el RSI, la preparación mundial puede mejorarse mediante la investigación, la utilización de un planteamiento multisectorial, el fortalecimiento de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, el desarrollo económico de los países de ingresos bajos y medianos, y el mejoramiento de la situación sanitaria.

5. A continuación se presenta un resumen de las conclusiones y razonamientos del Comité, así como las recomendaciones vinculadas con cada conclusión:

##### **Conclusión resumida 1**

6. *El RSI ayudó a que el mundo estuviese mejor preparado para afrontar las emergencias de salud pública. Las capacidades básicas que prescribe el RSI aún no se despliegan plenamente y en este momento no parece que vayan a implantarse a tiempo en todo el mundo.*

7. La preparación del RSI exigió más de diez años de deliberaciones complejas. Si bien no es perfecto, impulsó considerablemente la protección de la salud mundial. El Comité ha centrado sus recomendaciones en la manera de fortalecer la aplicación en curso del RSI. El Reglamento busca el equilibrio entre la soberanía de cada Estado Parte y el bien común de la comunidad internacional, e igualmente tiene en cuenta los intereses económicos y sociales, así como la protección de la salud. En sus recomendaciones, el Comité reconoce estas tensiones intrínsecas y se concentra en las medidas que pueden reforzar la meta común de lograr la seguridad sanitaria mundial.

8. El Comité elogia las siguientes disposiciones del RSI:

- El RSI obliga a la OMS a obtener el asesoramiento de expertos para declarar el inicio y el final de una emergencia de salud pública de importancia internacional.

- El RSI alienta vigorosamente a los países a que intercambien cooperación técnica y apoyo logístico para fortalecer la capacidad.
- El RSI alienta la implantación en los Estados Miembros de métodos sistemáticos para la vigilancia, los sistemas de alerta temprana y la respuesta.
- El RSI requirió que se establecieran Centros Nacionales de Enlace para el RSI con el fin de crear un canal de comunicación bidireccional entre la OMS y los Estados Miembros.
- El RSI llevó a varios países a fortalecer la vigilancia, la evaluación de riesgos, la capacidad de respuesta y los procedimientos de notificación de los riesgos para la salud pública.
- El RSI introdujo un instrumento de decisión (anexo 2) para la acción sanitaria que ha resultado más flexible y útil que la lista de enfermedades de notificación obligatoria que vino a reemplazar.
- El RSI requiere que los países intercambien información pertinente acerca de los riesgos para la salud pública.
- De conformidad con el RSI, los Estados Partes que imponen medidas sanitarias adicionales que interfieren considerablemente en el tráfico y el comercio internacionales deben comunicárselas a la OMS y proporcionar el fundamento de salud pública y la información científica pertinente en que están basadas.

9. A pesar de estos rasgos positivos del RSI, muchos Estados Partes carecen de las capacidades básicas para detectar, evaluar y notificar posibles amenazas sanitarias ni tampoco dan indicios de poder cumplir sus obligaciones en materia de planes e infraestructura para 2012, el plazo especificado por el RSI. Si siguen por ese camino, estos países no podrán adquirir dichas capacidades y aplicar plenamente el RSI. De los 194 Estados Partes, 128 (66%) respondieron recientemente a un cuestionario de la OMS acerca de los progresos logrados. Tan solo el 58% de los que respondieron informaron haber elaborado planes nacionales para cumplir con el requisito de las capacidades básicas, y apenas un 10% indicaron que habían establecido plenamente las capacidades previstas por el RSI. Además, como se ha comprobado por estudios externos y un cuestionario de la OMS, en algunos países el Centro Nacional de Enlace para el RSI no tiene autoridad para comunicar oportunamente a la OMS la información relacionada con las emergencias de salud pública.

10. La deficiencia estructural más importante del RSI es que carece de sanciones que puedan aplicarse. Por ejemplo, si un país no explica por qué ha adoptado medidas más restrictivas del tráfico y el comercio que las recomendadas por la OMS, no hay consecuencias legales.

11. Para remediar algunos de estos problemas, el Comité formula las siguientes recomendaciones:

### **Recomendación 1**

12. **Acelerar la puesta en práctica de las capacidades básicas que pide el RSI.** La OMS y los Estados Partes deberían refinar y actualizar sus estrategias para cumplir los requisitos del RSI en cuanto al fortalecimiento de la capacidad, centrando primero la atención en los países que tendrán dificultades para cumplir el plazo de 2012 en lo que se refiere a las capacidades básicas. Una posible manera de apoyar y acelerar la aplicación sería que la OMS consiguiera que algunas organizaciones y entidades accedieran a ofrecer asistencia técnica para ayudar a los países interesados a evaluar sus necesida-

des y determinar la viabilidad comercial para las inversiones. Determinar dicha viabilidad para las inversiones en el fortalecimiento de capacidad relacionada con el RSI y la ulterior movilización de recursos aumentaría las probabilidades de que más Estados Partes puedan cumplir el RSI. Los países y las organizaciones donantes podrían utilizar el anexo 1A del RSI como lista de prioridades para el apoyo al desarrollo, y aprovechar también las oportunidades para compartir recursos especializados, tales como los laboratorios, entre distintos países. Asimismo, la OMS debería actualizar las orientaciones de 2007 sobre las funciones de los Centros Nacionales de Enlace, incorporando ejemplos de buenas prácticas que refuercen el valor del RSI.

## **Recomendación 2**

13. **Mejorar el Sitio de Información sobre Eventos del RSI que tiene la OMS.** La OMS debería mejorar el Sitio con el fin de convertirlo en una fuente autorizada para la divulgación de información epidémica internacional fiable, actualizada y de fácil acceso. Los Estados Partes deben poder confiar en el Sitio como fuente primaria de información sobre la situación epidemiológica, la evaluación del riesgo, las medidas de respuesta y los fundamentos de estas. El Sitio también se podría utilizar para colgar las orientaciones de la OMS antes de hacerlas públicas. Otras formas de mejorar el Sitio son las siguientes:

- Utilizarlo para las orientaciones y los mensajes de los Centros Nacionales de Enlace.
- Lograr que los Estados Partes permitan a la OMS compartir más información.
- Incluir más eventos y ampliar la información sobre cada uno de ellos. Por ejemplo, cada evento podría tener mapas, evaluaciones del riesgo y recomendaciones más extensas, y enlaces a las orientaciones y los Centros Colaboradores de la OMS pertinentes.
- Publicar todas las recomendaciones temporales y permanentes hechas en virtud del RSI, así como información sobre los Estados Miembros que implanten medidas adicionales, los fundamentos de estas y la situación en que se encuentren las peticiones de la OMS con respecto a esos fundamentos.

## **Recomendación 3**

14. **Reforzar las decisiones en materia de viajes y comercio internacionales basadas en datos científicos.** Cuando los Estados Partes apliquen medidas sanitarias que supongan trabas significativas para el tráfico internacional y sean más restrictivas que las recomendadas por la OMS, el artículo 43 del RSI dispone que aquellos deberán informar a la Organización de dichas medidas. (Como se indica en el artículo 43, «en general, por trabas significativas se entiende impedir la entrada o la salida internacionales de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, etc., o retrasarlas por más de 24 horas.») En esas circunstancias, la OMS debería solicitar enérgicamente que se le proporcionen las razones de salud pública y la información científica pertinente, transmitirlas a otros Estados Partes y, según corresponda, solicitar que se reconsidere la aplicación de las medidas, como lo estipula el artículo 43. La OMS debería examinar y evaluar la eficacia y las repercusiones de las medidas adoptadas con relación a las fronteras durante la pandemia, con miras a proporcionar orientaciones basadas en datos probatorios para futuros eventos.

## Recomendación 4

15. **Lograr que todos los Centros Nacionales de Enlace para el RSI tengan la autoridad y los recursos necesarios.** Los Estados Partes deberían velar por que los centros nacionales de enlace para el RSI que han designado cuenten con la autoridad, los recursos, los procedimientos, los conocimientos y la capacitación necesarios para comunicarse con todos los niveles del gobierno y en nombre del gobierno, según sea necesario.

## Conclusión resumida 2

16. *La OMS tuvo en muchos aspectos un buen desempeño durante la pandemia, tuvo que hacer frente a dificultades sistémicas y presentó algunas deficiencias. El Comité no encontró indicios de ningún acto ilícito.*

17. Como señalan los testimonios de los Estados Partes, la OMS tuvo un liderazgo bien acogido con respecto a la coordinación de la respuesta mundial a lo largo de la pandemia. La OMS ha reforzado en los últimos años sus funciones de obtención de información sobre las epidemias gracias al Sistema de Gestión de Eventos, al aumento de la capacidad de las oficinas regionales y a la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos.

18. El Comité elogia las medidas siguientes que adoptaron la OMS y otros asociados:

- La elaboración de orientaciones sobre la preparación y la respuesta ante la gripe para ayudar a fundamentar los planes nacionales. Cuando comenzó la pandemia había planes de preparación para ella en el 74% de los países.
- Las alianzas y la coordinación eficaces entre organismos (con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos), y en particular la estrecha cooperación con el sector de la sanidad animal (la Organización Mundial de Sanidad Animal y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) en cuestiones técnicas y de política.
- El despliegue rápido sobre el terreno y las orientaciones y asistencia tempranas a los países afectados.
- La detección, identificación, caracterización inicial y monitorización oportunas del virus (H1N1) 2009 pandémico a través de la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe.
- La selección del virus para la vacuna antipandémica y el desarrollo de los virus reagrupados para la primera vacuna experimental en un plazo de 32 días desde la declaración de la «emergencia de salud pública de importancia internacional».
- La disponibilidad de cepas vacunales de siembra y de reactivos de control en un plazo de pocas semanas.
- Las recomendaciones sobre los grupos destinatarios de la vacunación y las dosis de vacuna formuladas tempranamente por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) de la OMS en materia de inmunización.

- La recopilación, análisis y comunicación semanales de datos epidemiológicos, virológicos y de vigilancia clínica.
- El nombramiento rápido de un Comité de Emergencias formado por personas muy cualificadas, que se reunió a las 48 horas de la activación de las disposiciones del RSI.
- La distribución eficiente en 72 países de más de 3 millones de tratamientos antivíricos.
- El establecimiento de un mecanismo para ayudar a los países a efectuar un seguimiento de cómo desarrollan las capacidades básicas que estipula el RSI.

19. El Comité también tomó nota de las dificultades sistémicas a las que tuvo que hacer frente la OMS y de algunas deficiencias de la Organización:

- La inexistencia de una descripción sistemática, medible y comprensible de la gravedad de la pandemia. Aunque la definición de pandemia dependa exclusivamente de la extensión, la gravedad también influye en las opciones de política, las decisiones personales y el interés del público. Es necesaria una evaluación adecuada de la gravedad a nivel nacional y subnacional. Esos datos fundamentarían el análisis de la situación mundial hecho por la OMS a medida que aquella va evolucionando, y permitiría a la Organización ofrecer información oportuna a los Estados Miembros. No obstante, el Comité reconoce que la caracterización de la gravedad es compleja y difícil de poner en práctica.
- La forma inadecuada de disipar la confusión sobre la definición de pandemia. Así, mientras que en un documento de la OMS disponible en línea se decía que las pandemias causan «una enorme mortalidad y morbilidad», la definición oficial de pandemia se basaba únicamente en la extensión. Cuando, sin aviso ni explicación, modificó algunos de sus documentos en línea para que fueran más congruentes con su definición de pandemia, la OMS no hizo más que fomentar las sospechas sobre un cambio subrepticio de la definición de pandemia, en vez de lograr que eso se viera como un intento de darle a esa definición mayor precisión y coherencia. La renuencia a reconocer su parte de responsabilidad en el malentendido en torno a la definición contribuyó a alimentar las sospechas sobre la Organización.
- La estructura innecesariamente compleja de las fases de la pandemia. La estructura multifásica contiene más fases que respuestas diferenciadas. Las fases que llevan a la pandemia son más útiles con fines de planificación que de gestión operativa.
- La petición de datos semanales resultó abrumadora para algunos países, especialmente los que tienen una escasa capacidad epidemiológica y de laboratorio. Los funcionarios de los países no siempre estaban convencidos de que los datos que presentaban estuvieran siendo analizados y utilizados, sobre todo a medida que la epidemia progresaba. Por ejemplo, algunos consideraron que el recuento continuo de casos proporcionó una información de menos utilidad que la que hubieran proporcionado las tasas de hospitalización, complicaciones y mortalidad en los países afectados en los inicios de la pandemia.
- La decisión de que la identidad de los miembros del Comité de Emergencias siguiera siendo confidencial. Aunque esa confidencialidad representó un intento comprensible de proteger a los miembros frente a presiones externas, tuvo el efecto paradójico de alimentar las sospechas de que la Organización tenía algo que ocultar. Aunque la decisión fue congruente con las prácticas de la OMS con respecto a otros comités de expertos, cuya identidad solo se sue-



le divulgar al final de los procesos de consulta, generalmente de un solo día, esta práctica no fue adecuada en el caso de un Comité cuyas labores durarían muchos meses.

- La inexistencia de procedimientos suficientemente robustos, sistemáticos y abiertos para revelar, reconocer y gestionar los conflictos de intereses de los expertos que realizan funciones de asesoramiento. En particular, la OMS no gestionó oportunamente los potenciales conflictos de intereses de los miembros del Comité de Emergencias. Cinco miembros y un asesor de dicho Comité declararon posibles conflictos de intereses, ninguno de los cuales se consideró suficientemente importante para justificar su exclusión del Comité de Emergencias. Las relaciones en cuestión se hicieron públicas, junto con los nombres de los miembros del Comité de Emergencias, cuando se declaró el final de la pandemia, el 10 de agosto de 2010. No obstante, antes de que se publicara esta información, las presunciones sobre posibles vínculos entre los miembros del Comité de Emergencias y la industria llevaron a algunas personas a sospechar la existencia de irregularidades. El Comité de Examen reconoce que la OMS está tomando medidas para mejorar la gestión de los conflictos de intereses, algunas mientras avanzaba este examen.
- En un punto crítico en la toma de decisiones sobre la pandemia (el paso de la fase 4 a la 5) solo se consultó con una parte del Comité de Emergencias, y no con la totalidad de sus miembros.
- La decisión de reducir la comunicación activa con los medios de información tras la declaración de la fase 6 (por ejemplo, la suspensión de las conferencias de prensa regulares sobre la evolución de la pandemia) no fue acertada.
- La OMS puede haber contribuido involuntariamente a generar confusión y sospechas al no haber reconocido la legitimidad de algunas críticas, en particular sobre las incongruencias de las definiciones de pandemia, o al no haber revelado oportunamente relaciones que podrían suponer conflictos de intereses de algunos expertos que asesoraron sobre los planes y la respuesta a la pandemia.
- La respuesta carente del vigor necesario a las críticas que pusieron en cuestión la integridad de la Organización.
- Pese a que finalmente se distribuyeron 78 millones de dosis de vacuna contra la gripe pandémica en 77 países, numerosas dificultades sistémicas impidieron que las vacunas donadas se distribuyeran en el momento oportuno. Algunas de las principales dificultades fueron las variaciones de la disposición a donar, los problemas relacionados con la responsabilidad, las complejas negociaciones sobre los acuerdos jurídicos, la falta de procedimientos para eludir los requisitos reglamentarios nacionales y las escasas capacidades nacionales y locales para transportar, almacenar y administrar las vacunas. Algunos países receptores estimaron que la OMS no explicaba suficientemente que las disposiciones en materia de responsabilidad incluidas en el acuerdo con los receptores eran las mismas que las aceptadas por los países compradores. Todas estas dificultades asumieron proporciones enormes en el contexto de una pandemia; algunas podrían haberse reducido con una preparación más concertada y pactando por adelantado arreglos entre todas las partes interesadas.
- La falta de orientaciones oportunas en todos los idiomas oficiales de la OMS.

- La falta de prioridades y procedimientos generales y cohesivos para publicar orientaciones técnicas coherentes y oportunas permitió que múltiples unidades técnicas de la Organización generaran individualmente un número de documentos imposible de gestionar.

20. Los críticos afirman que la OMS exageró ampliamente la gravedad de la pandemia. Sin embargo, una crítica razonable solo puede basarse en lo que se sabía en un determinado momento, y no en lo que se supo con posterioridad. El Comité considera que los datos sobre los primeros brotes llevaron a muchos expertos, tanto de la OMS como ajenos a ella, a prever una pandemia potencialmente más grave de lo que en realidad fue. La gravedad de la pandemia fue muy incierta durante todo el verano de 2009, es decir, bastante después de que los países tuvieran que hacer, por ejemplo, sus encargos de vacunas. Un estudio observacional de 899 pacientes hospitalizados en México entre finales de marzo y el 1 de junio de 2009 reveló que el virus (H1N1) 2009 pandémico afectaba de forma desproporcionada a los jóvenes. Hubo 58 (el 6,5% de los hospitalizados) en estado crítico, con complicaciones como el síndrome de distrés respiratorio agudo grave o el choque. Entre estos casos en estado crítico, la tasa de mortalidad fue del 41% (1). Estas cifras eran alarmantes. Incluso la tasa de mortalidad tres veces menor de los casos críticos registrados en el Canadá ya era preocupante (2). En agosto de 2009, el consejo de asesores del Presidente de los Estados Unidos de América en materia de ciencia y tecnología publicó un informe en el que preveía entre 30 000 y 90 000 muertes por la pandemia de (H1N1) 2009, solo en los Estados Unidos (3). Los niveles medio y máximo de esta estimación resultaron ser cinco veces mayores que las estimaciones del número real de muertes realizadas después de la pandemia (4). Aún así, el 87% de las muertes se produjeron en menores de 65 años, y el riesgo de muerte de los niños y de los adultos laboralmente activos fue, respectivamente, 7 y 12 veces mayor que lo habitual en la gripe estacional (4).

21. Algunos comentaristas acusaron a la OMS de precipitarse en el anuncio de la fase 6 e insinuaron que el motivo sería enriquecer a los fabricantes de vacunas, con lo que algunos acuerdos de compra por adelantado habrían sido desencadenados por la declaración de la fase 6. Lejos de acelerar la declaración de la fase 6, la OMS la retrasó hasta que fue innegable que se estaba produciendo una transmisión comunitaria sostenida en múltiples regiones del mundo. El Comité de Examen no ha podido determinar que ningún crítico de la OMS haya aportado prueba directa alguna de una influencia comercial en la toma de decisiones. En sus entrevistas con el personal y los miembros de comités asesores, en particular el SAGE y el Comité de Emergencias, y con los representantes de la industria, así como durante su examen de documentos internos y externos, el Comité de Examen no encontró ninguna prueba de que los intereses comerciales hubieran influido o intentado influir en el asesoramiento proporcionado a la OMS ni en las decisiones adoptadas por la Organización. En opinión del Comité, la inferencia hecha por algunos críticos de que hubo influencias comerciales en las acciones de la OMS ignora el poder del espíritu básico que anima a la salud pública: prevenir las enfermedades y salvar vidas.

22. El Comité de Examen hace las recomendaciones siguientes:

### **Recomendación 5**

23. **Fortalecer la capacidad interna de la OMS para dar una respuesta sostenida.** La OMS debería reforzar su capacidad interna para responder a las «emergencias de salud pública de importancia internacional», tales como las pandemias, identificando para ello las aptitudes, recursos y arreglos internos que sean necesarios para respaldar una respuesta que dure más de algunos meses. Entre los arreglos internos que la OMS debería reforzar se encuentran:

- La identificación de las competencias, recursos y ajustes que necesita la Organización para llevar a cabo sus funciones de coordinación y apoyo mundiales.

- El establecimiento de un equipo interno y multidisciplinario de personal capacitado que sea liberado automáticamente de sus tareas habituales durante un tiempo indeterminado, y que se vaya relevando de forma rotatoria al cabo de un tiempo determinado.
- Una capacidad permanente (las 24 horas del día, todos los días de la semana) para atender las necesidades personales en materia de alojamiento, comidas, transporte y cuidado de los hijos que tengan los funcionarios de la OMS que participen en una respuesta sostenida a una emergencia.
- El establecimiento de una estructura de gestión de eventos que pueda mantenerse durante la totalidad de una futura pandemia o de otra emergencia de salud pública mundial prolongada.

## **Recomendación 6**

24. **Mejorar las prácticas de nombramiento de un Comité de Emergencias.** Para nombrar y gestionar un Comité de Emergencias, la OMS debería adoptar políticas, normas y procedimientos que aseguren que el comité posee una gama apropiada de conocimientos técnicos y que incluyan los procesos consultivos y la transparencia con respecto a la inexistencia de conflictos de intereses.

- Como estipula el artículo 48 del RSI, la OMS debe nombrar un Comité de Emergencias que disponga de la representación geográfica y de la gama de conocimientos técnicos apropiados para cada evento. El Comité de Examen también concluyó que un espectro más amplio de conocimientos especializados entre los miembros del Comité de Emergencias podría haber sido útil, en particular en lo tocante a la comunicación de los riesgos. El Comité de Examen reconoció que la OMS debe nombrar a un Comité de Emergencias dotado de una serie de aptitudes y conocimientos técnicos que sean apropiados y específicos para cada evento para el que se haya constituido. Para una pandemia de gripe, esos conocimientos técnicos abarcarían la virología, los exámenes de laboratorio, la epidemiología, la experiencia sobre el terreno y el liderazgo en materia de salud pública, la veterinaria, la evaluación y comunicación de los riesgos y las competencias metodológicas en materia de revisiones sistemáticas de la bibliografía científica.
- Para garantizar que estén representados todos los puntos de vista, la OMS debería invitar a todos los miembros del Comité de Emergencias a participar en todas sus deliberaciones más importantes.
- La OMS debería aclarar sus normas y adoptar procedimientos más transparentes de nombramiento de los miembros de los comités de expertos, tales como el Comité de Emergencias, con respecto a los posibles conflictos de intereses. La identidad, los conocimientos pertinentes, la experiencia y las relaciones de los miembros del Comité de Emergencias deberían darse a conocer cuando se haga la propuesta de su nombramiento, dándole al público la oportunidad de hacer observaciones durante un periodo inicial de prueba que se aplicaría a todos los miembros. La OMS debería tener normas claras para determinar cuándo hay un conflicto de intereses que justifique la descalificación de una persona, y disponer de procedimientos claros para determinar cuándo y sobre qué base se pueden admitir excepciones con el fin de obtener los conocimientos técnicos o el equilibrio necesarios. El Comité de Examen reconoce la necesidad de que las consultas con los expertos sean confidenciales, de modo que el Director General se beneficie de un debate y asesoramiento francos. El hecho de que sean deseables consultas confidenciales aumenta la necesidad de transparencia de las normas de nombramiento.

- Como parte de un planteamiento más activo y riguroso de la gestión de los conflictos de intereses, la OMS debe nombrar un funcionario encargado de las cuestiones éticas.

## **Recomendación 7**

25. **Revisar las orientaciones sobre la preparación para una pandemia.** La OMS debería revisar sus orientaciones sobre la preparación para una pandemia con el fin de: simplificar la división en fases (una posibilidad sería que solo hubiera tres fases: basal, de alerta y pandémica); hacer hincapié en un planteamiento basado en el riesgo para posibilitar una respuesta más flexible ante diferentes escenarios; recurrir a la participación multisectorial; aprovechar las enseñanzas extraídas a escala nacional, regional y mundial; e incluir más orientaciones sobre la evaluación de los riesgos.

## **Recomendación 8**

26. **Elaborar y aplicar medidas para evaluar la gravedad.** La OMS debería elaborar y aplicar medidas que se puedan utilizar para evaluar la gravedad de cualquier epidemia de gripe. Aplicando, evaluando y perfeccionando instrumentos para medir la gravedad año tras año, la OMS y los Estados Miembros podrán prepararse mejor para evaluar la gravedad de la siguiente pandemia. La evaluación de la gravedad no requiere que se modifique la definición de pandemia para que dependa de otros factores que no sean la extensión. Sin embargo, aunque no sea parte de la definición de pandemia, la gravedad constatada y prevista es un componente clave en la toma de decisiones ante una pandemia.

27. El Comité reconoce que la estimación de la gravedad es especialmente difícil en la fase inicial de un brote, que habitualmente varía en función del lugar y a lo largo del tiempo, y que la gravedad tiene múltiples dimensiones (mortalidad, hospitalizaciones y morbilidad, todas ellas variables en función de la edad y de otras características, tales como el estado de salud previo y el acceso a la atención sanitaria; la carga para el sistema de salud, y factores sociales y económicos). Los términos descriptivos utilizados para caracterizar la gravedad, tales como leve, moderada o intensa, deben definirse de forma cuantitativa en las futuras orientaciones de la OMS, de modo que puedan ser utilizadas coherentemente por diferentes observadores y en diferentes entornos. El Comité insta a que se tengan en cuenta medidas adaptativas que permitan pasar lo más rápidamente posible de los recuentos iniciales de casos, hospitalizaciones y muertes a tasas basadas en la población. La gravedad debería evaluarse lo antes posible en el curso de una pandemia, y reevaluarse continuamente a medida que la pandemia vaya evolucionando y se obtenga nueva información. La gravedad debería evaluarse con una serie de indicadores en un conjunto mínimo de datos acordado de antemano (por ejemplo, tasas de hospitalización, datos sobre la mortalidad, identificación de poblaciones vulnerables y evaluación del impacto en los sistemas de salud). Las estimaciones de la gravedad deben acompañarse de una expresión de la confianza o la incertidumbre.

## **Recomendación 9**

28. **Agilizar la gestión de los documentos de orientación.** La OMS necesita una estrategia y un sistema de gestión de documentos que le permita elaborar, aprobar, traducir y difundir orientaciones y otros documentos técnicos de forma puntual y sistemática durante las emergencias de salud pública. Las orientaciones provisionales deberían revisarse a medida que se disponga de nuevos datos. Cuando las orientaciones tengan posibles repercusiones en las políticas, la OMS debería hacer todos los esfuerzos posibles por efectuar consultas con los Estados Miembros y darles aviso anticipado de las publicaciones inminentes. La OMS debería desarrollar la capacidad de asegurar la coherencia de las directrices en toda la Organización, reconociendo que las condiciones reinantes en las diferentes regiones y países pueden variar.

## Recomendación 10

29. **Formular y aplicar una política de comunicación estratégica para toda la Organización.** La OMS debería formular una política de comunicación para toda la Organización y un planteamiento estratégico para mejorar la comunicación en general, y sobre las emergencias en particular. Un planteamiento estratégico implica adaptar el contenido, la forma y el estilo de los mensajes a medios, horarios y periodicidades que permitan llegar a la audiencia pretendida y sirvan al propósito deseado. La OMS debería estar preparada para mantener una proyección activa y a largo plazo de sus comunicaciones cuando las circunstancias lo exijan, para reconocer los errores y para responder de forma profesional y vigorosa a las críticas injustificadas. Deberían esclarecerse los procedimientos para la publicación en internet, de modo que se puedan archivar los cambios en las páginas web y efectuar un seguimiento histórico de esos cambios. La OMS debería invertir en una presencia sólida en los medios sociales para lograr una comunicación rápida con una audiencia más amplia y diversificada.

## Recomendación 11

30. **Fomentar acuerdos por adelantado en materia de distribución y entrega de vacunas.** De forma concertada con los Estados Miembros y aprovechando los sistemas existentes de distribución de vacunas, la OMS debería fomentar acuerdos por adelantado con y entre los organismos y autoridades pertinentes de los Estados Miembros, los fabricantes de vacunas y demás partes interesadas pertinentes para facilitar la aprobación y entrega de vacunas antipandémicas a los países con escasos recursos, con miras a aumentar la equidad del suministro y a respaldar la planificación anticipada de la administración de vacunas.

## Conclusión resumida 3

31. *El mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave de gripe o a cualquier emergencia de salud pública que represente una amenaza semejante de alcance global y sostenida. Más allá de la puesta en práctica de las capacidades básicas que prescribe el RSI, la preparación mundial puede mejorarse mediante la investigación, la utilización de un enfoque multisectorial, el fortalecimiento de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, el desarrollo económico de los países de ingresos bajos y medianos, y el mejoramiento de la situación sanitaria.*

32. Pese al avance que ha supuesto el RSI y al éxito que ha tenido la OMS a la hora de movilizar aportaciones de la comunidad mundial, la realidad inevitable es que en caso de pandemia grave habría decenas de millones de personas en riesgo de perder la vida. Hay que salvar este desfase fundamental entre las necesidades y las capacidades mundiales.

33. Además de aplicar las medidas concretas recomendadas más arriba para completar la aplicación del RSI y mejorar las funciones de la OMS, el mundo podría prepararse mejor para la próxima emergencia de salud pública si por parte de los Estados Miembros hubiera un mayor compromiso de actuación, tanto individual como colectiva en el marco de la OMS.

34. El Comité de Examen hace las recomendaciones siguientes:

## Recomendación 12

35. **Establecer un cuerpo de reserva mundial más amplio de expertos en salud pública.** De forma concertada con la OMS, los Estados Miembros deberían establecer un cuerpo de reserva más amplio de profesionales de la salud pública y de expertos en este campo que puedan ser movilizados para actuar

en una respuesta sostenida a una emergencia sanitaria internacional y puedan ser enviados a prestar sus servicios en países que soliciten esa asistencia. El tamaño, la composición y la regulación de la activación y el despliegue de esa entidad (el Cuerpo Mundial para Emergencias Sanitarias) deberían establecerse mediante un proceso consultivo y un acuerdo mutuo entre los Estados Miembros y la OMS. El número de expertos desplegados y sus conocimientos técnicos específicos dependerán de las características de la emergencia a la que tengan que responder. Ese cuerpo ampliaría significativamente la actual Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, fortaleciendo su composición, recursos y capacidad con miras a prestar un mejor apoyo a las respuestas prolongadas a emergencias de salud pública.

36. En la actualidad, la capacidad de la OMS para preparar y responder de forma prolongada a cualquier emergencia de salud pública se ve muy limitada por el déficit financiero crónico, agravado por las restricciones al uso de fondos de los Estados Miembros, los asociados y otros donantes. Consciente de las preocupaciones sobre la eficiencia y la rendición de cuentas que motivaron algunas de las restricciones, el Comité concluye que el establecimiento de un fondo para contingencias fuera de la OMS, pero a disposición de la Organización en caso de emergencia de salud pública, sería una medida prudente para garantizar una respuesta mundial inmediata y eficaz.

### **Recomendación 13**

37. **Crear un fondo para contingencias relacionadas con emergencias de salud pública.** Los Estados Miembros deberían establecer un fondo para emergencias de salud pública de al menos US\$ 100 millones, que quedaría en fideicomiso en una ubicación y una forma que sean fácilmente accesibles para la OMS. El fondo, que serviría para apoyar un aumento súbito de las demandas, y no para la compra de materiales, sería liberado en parte o en su totalidad en caso de declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional, sujeto a la aprobación de un plan de gastos y de rendición de cuentas presentado por la OMS. Las condiciones precisas de la utilización del fondo deberían negociarse entre los Estados Miembros, en consulta con la OMS.

\*\*\*\*\*

38. El Comité de Examen elogia los esfuerzos de los Estados Miembros por lograr un acuerdo sobre el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y a otros beneficios, y cree que el éxito dependerá de las expectativas mutuas de beneficios y aportaciones proporcionales y equilibrados por parte de todos los interlocutores. Un acuerdo que sea unilateral o espere aportaciones sin beneficios, o viceversa, no será aceptable ni sostenible. El Comité de Examen cree también que las obligaciones y los beneficios no vinculados a un marco legal no tienen perspectivas de perdurar.

### **Recomendación 14**

39. **Llegar a un acuerdo sobre el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y a otros beneficios.** El Comité de Examen insta a los Estados Miembros y a la OMS a que concluyan las negociaciones del grupo de trabajo de composición abierta de Estados Miembros sobre preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios. La culminación satisfactoria de esas negociaciones permitirá una mayor disponibilidad de las vacunas y otros beneficios, y una mayor equidad de cara a la epidemia, así como el intercambio continuo y oportuno de virus gripales.

40. El Comité de Examen ofrece los siguientes elementos para su consideración como parte de un acuerdo aceptable.

41. Medidas para ampliar la capacidad mundial de producción de vacunas antigripales:

- La OMS debe continuar la práctica de colaborar con los laboratorios de salud pública con el fin de que las cepas vacunales de siembra estén ampliamente disponibles para todos los fabricantes de vacunas.
  - Sin perjuicio de las prioridades, la evaluación de riesgos y los recursos en el plano nacional, el Comité de Examen insta a los países a que inmunicen anualmente contra la gripe estacional a sus poblaciones de alto riesgo. Esto puede disminuir la carga de morbilidad. Además puede aumentar la experiencia local en materia de producción, distribución y administración, y fomentar la capacidad mundial de producción de vacunas. En un sentido más general, la experiencia adquirida con los programas integrales durante la época de gripe estacional (en ámbitos como la vigilancia, la comunicación, la educación profesional y del público, las medidas de protección de la salud y las preparaciones farmacéuticas) ofrece una preparación valiosa para hacer frente a una pandemia de gran envergadura.
  - El Comité insta a los países a que fortalezcan su capacidad para recibir, almacenar, distribuir y aplicar las vacunas. Estos procesos se simplificarán mediante la aplicación de los adelantos tecnológicos que permiten disminuir la dependencia de la cadena de frío y, por lo demás, simplificar la administración.
  - El Comité insta a los Estados Miembros, las organizaciones internacionales y la industria a que, por conducto de programas establecidos como el Plan de Acción Mundial de la OMS para aumentar el suministro de vacunas contra la gripe pandémica, apoyen la transferencia de tecnología para la producción de vacunas y adyuvantes en las partes del mundo que, como África, carecen actualmente de esta capacidad.
42. Medidas para aumentar el acceso, la asequibilidad y el despliegue de la vacuna antipandémica:
- Todos los fabricantes de vacunas deberían comprometerse a destinar un 10% de cada ciclo de producción de la vacuna contra la gripe pandémica a un fondo común mundial para su redistribución. La OMS debería encargarse de gestionar las asignaciones de este fondo común apoyándose en el asesoramiento de un comité consultivo.
  - El acceso a vacunas y medicamentos antivíricos se puede aumentar mediante contratos por adelantado entre la industria, la OMS y los países. Esos contratos deberían negociarse sin tener en cuenta el subtipo vírico, firmarse por un periodo determinado (por ejemplo, entre tres y cinco años) y examinarse y renovarse regularmente.
  - Otras medidas que pueden promover un acceso mayor y más equitativo a las vacunas son la fijación de precios diferenciales, la ayuda económica directa a los países de pocos recursos y las donaciones adicionales de vacunas por los países compradores o los fabricantes.
  - Los países que reciben donaciones de vacunas deben observar las mismas prácticas de exonerar a los fabricantes de ciertas responsabilidades legales, como lo hace cualquier comprador de vacunas.
43. Medidas para detectar e identificar rápidamente virus gripales con el potencial de causar una pandemia:
- Todos los Estados Miembros se deben comprometer a compartir rápidamente con los laboratorios colaboradores de la OMS, de acuerdo con los principios que rijan el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios, toda muestra biológica y cepa vírica aislada que pueda estar relacionada con un virus gripal nuevo o emergente en poblaciones humanas. Los virus aislados de los animales deben enviarse de inmediato a través del siste-

ma apropiado de sanidad animal. El intercambio de muestras y aislados víricos debe ir acompañada de arreglos para compartir los beneficios, incluido el acceso a las vacunas.

\*\*\*\*\*

44. La capacidad mundial para prevenir y limitar una pandemia grave se ve constreñida por muchos factores: la dependencia predominante de una tecnología de producción de vacunas que ha cambiado poco en 60 años; la necesidad de equiparar la vacuna con cepas víricas específicas; la incapacidad de pronosticar qué virus gripales serán peligrosos para la salud humana; la incertidumbre con respecto a la eficacia de muchas medidas de carácter medicamentoso o de salud pública; la carencia de pruebas diagnósticas sobre el terreno que sean rápidas, asequibles, muy sensibles y específicas; y las limitaciones en materia de infraestructura, recursos y capacidad en muchos países. También hace falta mejorar el conocimiento y las estrategias prácticas para aplicar medidas de protección tanto de salud pública como personales, como el lavado de manos, las precauciones al toser y estornudar, el aislamiento y el distanciamiento social.

45. Algunas de esas limitaciones podrán reducirse con el tiempo mediante las investigaciones nacionales e internacionales. Además, los resultados de las investigaciones en torno a las medidas de protección personales y de salud pública pueden aplicarse a cualquier amenaza emergente de salud pública, especialmente cuando los medicamentos o vacunas escasean o no existen. En vista de que la evaluación de las medidas de salud pública tiene que hacerse por lo común en pleno brote epidémico, es imprescindible idear y preparar con antelación los protocolos y planes de investigación. Al margen de los adelantos de la investigación, la capacidad de resistencia del mundo depende de factores del huésped y ambientales, de manera que el mejoramiento de la situación sanitaria, la promoción del desarrollo económico y el fortalecimiento de los sistemas de salud pueden mitigar las consecuencias de un futuro virus pandémico.

## **Recomendación 15**

46. **Emprender un programa integral de investigación y evaluación en torno a la gripe.** Los Estados Miembros, tanto de manera individual como cooperando entre sí, y la OMS deben emprender un programa integral de investigación y evaluación en torno a la gripe. Este debe basarse en una revisión exhaustiva de los datos probatorios obtenidos en todos los campos de la pandemia de gripe por virus (H1N1) 2009. Los objetivos fundamentales de la investigación serían: fortalecer la tecnología de vigilancia y la capacidad epidemiológica y de laboratorio para mejorar la detección, caracterización y monitoreo de virus nuevos; reconocer los determinantes de la transmisibilidad y la virulencia que dependen del virus y los que dependen del huésped; obtener pruebas diagnósticas rápidas, exactas y baratas que puedan realizarse en el lugar donde se presta la atención; aumentar la exactitud y oportunidad de las previsiones basadas en modelos; crear vacunas de espectro más amplio, muy eficaces, seguras y de efecto más duradero; acelerar la producción de vacunas y aumentar el rendimiento; idear medicamentos antivíricos y antibióticos más eficaces para tratar las complicaciones bacterianas; evaluar la eficacia de las intervenciones mediante medicamentos, vacunas, equipo de protección personal, higiene personal e intervenciones sociales; y valorar la eficacia y los costos de las medidas adoptadas en relación con las fronteras y mejorar la comunicación de los riesgos. Gran parte de esta labor de investigación y evaluación puede y debe llevarse a cabo en ausencia de una pandemia. Sin embargo, algunos estudios sólo pueden realizarse durante un evento a escala mundial como una pandemia. En esos casos es esencial elaborar protocolos y determinar la financiación de antemano para que la investigación pueda comenzar sin demora.

47. El Comité de Examen encomienda con todo respeto estas 15 recomendaciones a la Organización Mundial de la Salud, la Asamblea Mundial de la Salud y sus Estados Miembros, y a toda la comunidad mundial. En el cuadro 4.1 se presentan las recomendaciones de acuerdo con el principal res-



ponsable de cada una de ellas (la OMS o los Estados Miembros) y el calendario de aplicación (en el plazo de un año, de dos años o de más de dos años). El Comité considera que las 15 recomendaciones merecen ser aplicadas sin demora.

**Cuadro 4.1** Responsables principales de la ejecución de las recomendaciones y plazos para ello

	<b>Corto plazo (en 1 año)</b>	<b>Medio plazo (en 2 años)</b>	<b>Largo plazo (más de 2 años)</b>
<b>OMS</b>	<b>Mejorar el Sitio de Información sobre Eventos del RSI que tiene la OMS</b> (Recomendación 2)  <b>Fortalecer la capacidad interna de la OMS para dar una respuesta sostenida</b> (Recomendación 5)  <b>Mejorar las prácticas de nombramiento de un Comité de Emergencias</b> (Recomendación 6)  <b>Agilizar la gestión de los documentos de orientación</b> (Recomendación 9)  <b>Formular y aplicar una política de comunicación estratégica para toda la organización</b> (Recomendación 10)	<b>Revisar las orientaciones sobre la preparación para una pandemia</b> (Recomendación 7)  <b>Elaborar y aplicar medidas para evaluar la gravedad</b> (Recomendación 8)	<b>Reforzar las decisiones en materia de tráfico y comercio basadas en datos científicos</b> (Recomendación 3)
<b>Países</b>	<b>Alcanzar un acuerdo sobre el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y otros beneficios</b> (Recomendación 14)	<b>Lograr que todos los centros nacionales de enlace para el RSI tengan la autoridad y los recursos necesarios</b> (Recomendación 4)	<b>Acelerar la puesta en práctica de las capacidades básicas que pide el RSI</b> (Recomendación 1)
<b>Conjunta</b>		<b>Fomentar los acuerdos por adelantado sobre la distribución y entrega de vacunas</b> (Recomendación 11)  <b>Establecer un cuerpo de reserva mundial más amplio de expertos en salud pública</b> (Recomendación 12)  <b>Crear un fondo para contingencias relacionadas con emergencias de salud pública</b> (Recomendación 13)	<b>Emprender un programa integral de investigación y evaluación en torno a la gripe</b> (Recomendación 15)

48. A pesar de todo lo que se hizo durante la pandemia, el virus que la causó fue el determinante principal de las consecuencias. Frente a una pandemia de gripe virulenta, o frente a cualquier emergencia semejante de salud pública de alcance mundial, sostenida y amenazante, el mundo sigue estando en riesgo de padecer trastornos, sufrimientos y pérdida de vidas a gran escala. El Comité espera que estas recomendaciones ayuden a la OMS y los Estados Miembros a prepararse mejor para evitar, mitigar y hacer frente a las futuras amenazas para la salud.

### Referencias

1. Domínguez-Cherit G et al. Critically Ill patients with 2009 influenza A(H1N1) in Mexico. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1880–1887.doi:10.1001/jama.2009.1536 PMID:19822626
2. Kumar A et al.; Canadian Critical Care Trials Group H1N1 Collaborative. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1872–1879.doi:10.1001/jama.2009.1496 PMID:19822627
3. President's Council of Advisors on Science and Technology. Report to the President on US preparations for the 2009–H1N1 Influenza. 7 August 2009.
4. Shrestha SS et al. Estimating the burden of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009–April 2010). *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52 Suppl 1;S75–S82.doi:10.1093/cid/ciq012 PMID:21342903

## Apéndice I

### **MANDATO Y MÉTODO DE TRABAJO DEL COMITÉ DE EXAMEN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL**

1. El examen de la respuesta mundial a la pandemia por virus H1N1 correrá a cargo del Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional, constituido por expertos poseedores de una amplia variedad de conocimientos científicos especializados y experiencia práctica en la esfera de la salud pública. Entre sus miembros se encuentran algunos de los principales expertos mundiales en sus respectivos campos.
2. El Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI) es un convenio internacional jurídicamente vinculante para 194 Estados Partes de todo el mundo, incluidos los Estados Miembros de la OMS. Su finalidad fundamental es ayudar a la comunidad internacional a prevenir y responder a los riesgos agudos de salud pública que puedan atravesar las fronteras y poner en peligro a las personas en todo el mundo.
3. En enero de 2010, el Consejo Ejecutivo de la OMS solicitó a la Directora General que presentara una propuesta acerca de la manera de evaluar la respuesta internacional a la gripe pandémica, y posteriormente aprobó la sugerencia de ella en el sentido de convocar el Comité de Examen del RSI para que examinara tanto la respuesta a la pandemia como el funcionamiento del RSI.
4. La gripe pandémica por el virus A (H1N1) es la primera emergencia de salud pública de importancia internacional que se ha producido después de la entrada en vigor del RSI. Como el RSI desempeñó una función central en la respuesta mundial frente a la pandemia, hay una relación estrecha entre el examen del mismo y el de dicha respuesta.
5. El RSI facilita la actuación internacional coordinada porque exige que los países notifiquen a la OMS determinados brotes epidémicos y eventos de salud pública para que la notificación mundial de eventos de salud pública de importancia internacional sea oportuna y abierta.
6. El RSI se aplicó por vez primera (es decir, «entró en vigor») a escala mundial en 2007 y la Asamblea de la Salud determinó que el primer examen de su funcionamiento se efectuaría en la 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2010.

### **Objetivos**

7. El examen persigue tres objetivos fundamentales:
  - Evaluar el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005);
  - Evaluar la respuesta mundial en curso a la pandemia por virus H1N1 (en particular, la función de la OMS); y
  - Extraer las enseñanzas que sean importantes para fortalecer la preparación y respuesta frente a pandemias y emergencias de salud pública en el futuro.

## **El Comité**

8. El Comité de Examen del RSI lo componen unas 27 personas seleccionadas de la lista de expertos compilada con arreglo a lo dispuesto en el RSI o de otros comités de expertos de la Organización. En su seno están representadas una gran variedad de saberes, experiencias prácticas y especialidades académicas, e incluye expertos de países desarrollados y en desarrollo.
9. Entre sus miembros se encuentran algunos de los principales expertos mundiales en sus respectivos campos. Ninguno de ellos es funcionario de la OMS ni esta les paga por su colaboración en el examen. Los nombres de los miembros del Comité se dieron a conocer antes de la primera reunión.
10. En la primera reunión, el Profesor Harvey V. Fineberg fue elegido presidente, el Profesor Babatunde Osotimehin, vicepresidente, y la Dra. Silvia Bino, relatora.
11. Se considera que este es un comité de expertos de la OMS y su funcionamiento y estructura se rige por el reglamento de los cuadros y comités de expertos de la OMS y por las disposiciones del RSI.

## **Deliberaciones**

12. El Comité determina su método de trabajo y el calendario de sus reuniones.
13. La primera reunión se celebró del 12 al 14 de abril de 2010 en la sede de la OMS, en Ginebra.
14. Se invitó como observadores a representantes de todos los Estados Partes en el RSI (194 países), organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales pertinentes, así como organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS.
15. El Comité transmitió a la Directora General sus puntos de vista y los resultados del examen, en los que ella se basó para presentar un informe preliminar a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010, mientras que el informe final, según lo previsto, se presentará en mayo de 2011.

## **Participación de los países (Estados Partes en el RSI)**

16. En la primera reunión los países tuvieron la oportunidad de intervenir brevemente y también pudieron presentar al Comité de Examen sus observaciones sobre cuestiones fundamentales, inquietudes y enseñanzas extraídas en relación con la respuesta a la pandemia y el funcionamiento del RSI.

## **Método de trabajo**

17. La mayor parte del trabajo del Comité de Examen se llevó a cabo mediante sesiones plenarias en la sede de la OMS, en Ginebra. Por motivos de transparencia, los medios de información tuvieron acceso a las sesiones. El Comité recibió testimonios de personas en representación de los Estados Partes, los centros nacionales de enlace para el RSI, organizaciones intergubernamentales, organizaciones no gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas, la industria, profesionales de la salud, expertos, miembros de los medios de información, presidentes de comités pertinentes y la Secretaría de la OMS.
18. El Comité en pleno y sus grupos de trabajo también celebraron en Ginebra sesiones deliberantes a las que solo tuvieron acceso los miembros del Comité y el personal de apoyo inmediato. Se realiza-

ron otras consultas con el personal de apoyo, el Presidente y los grupos de trabajo del Comité mediante conferencias telefónicas y correo electrónico.

19. Aunque obró con independencia, el Comité de Examen solicitó frecuentemente información a la Secretaría de la OMS, pidiéndole aclaraciones sobre las cuestiones que se suscitaron durante la recopilación de información y la redacción del informe. Funcionarios de la OMS presentaron sus respuestas por escrito a las numerosas cuestiones planteadas por el Comité o conversaron informalmente con los miembros de este. La OMS brindó al Comité libre acceso a documentos internos y, para poder examinar documentos legales de carácter confidencial, sus miembros firmaron un acuerdo comprometiéndose a no revelar la información.

20. La Secretaría de la OMS preparó una serie de notas informativas para el Comité mediante las que se le brindó información relacionada con cuestiones tales como el RSI; preparación frente a pandemias; fases de la pandemia; gravedad de la pandemia; vacuna antipandémica; medicamentos antivíricos; vigilancia virológica; vigilancia de la enfermedad; respuesta de laboratorio; medidas de salud pública; y el grupo de trabajo de composición abierta de Estados Miembros sobre preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios. El Comité tuvo acceso a una serie de estudios con los que se evaluó el funcionamiento del anexo 2 del RSI (es decir, el instrumento de decisión para la evaluación por los Estados Partes y la notificación de eventos de salud pública) así como a los informes sobre los avances logrados en la aplicación del Reglamento. A petición del Comité, la Secretaría de la OMS ideó una matriz de las funciones esenciales de salud pública del RSI e informó acerca de una amplia variedad de eventos no pandémicos que habían sido notificados a la OMS desde la entrada en vigor del RSI. El Comité seleccionó 18 eventos y le pidió a la Secretaría que preparase un resumen de cada uno para facilitar la evaluación de las funciones de salud pública del RSI.

21. El Comité se propuso documentar la función y gestión de la OMS en respuesta a la pandemia y evaluar la eficacia del RSI. Para el efecto fue necesario investigar a fondo los eventos y las decisiones que se tomaron en el curso de la pandemia, así como examinar las críticas que se le hicieron a la Organización y evaluar los logros de esta. Desde el comienzo, el objetivo ha sido determinar las mejores formas de proteger al mundo en la próxima emergencia de salud pública. A lo largo de sus deliberaciones, el Comité se propuso ser completo, sistemático, abierto y objetivo. En el presente informe se describen extensamente las pruebas presentadas al Comité en las entrevistas y mediante documentos, así como la evaluación e interpretación de esas pruebas por parte del Comité.

## Apéndice II

**AFILIACIÓN Y BIOGRAFÍA DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE EXAMEN****Dr. Preben Aavitsland, Director Adjunto/Epidemiólogo del Estado, División de Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas, Instituto de Salud Pública, Oslo (Noruega)**

1. El Dr. Preben Aavitsland es Epidemiólogo del Estado de Noruega y Director Adjunto de la División de Control de Enfermedades Infecciosas del Instituto Noruego de Salud Pública, que es el Centro Nacional de Enlace para el RSI en su país. Además, forma parte del Foro Consultivo del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades y dirige la red EpiNorth para el control de las enfermedades transmisibles en Europa septentrional. Es consultor de la Clínica de Contracepción de Oslo, una organización sin fines de lucro dirigida por una organización no gubernamental.

2. El Dr. Aavitsland formó parte de la delegación noruega en el Grupo de Trabajo Intergubernamental que negoció la revisión del Reglamento Sanitario Internacional en 2004-2005. Fue uno de los asesores clave de las autoridades sanitarias nacionales en lo relativo a la preparación y respuesta a la pandemia y ocupó en varias ocasiones el cargo de Presidente o Secretario del Grupo de Incidentes Pandémicos del Instituto. En 2008 presidió una consulta técnica de la OMS sobre orientación y evaluación del anexo 2 del RSI.

3. De 1997 a 2009 fue editor médico de la Revista de la Asociación de Médicos de Noruega. Es autor de 70 artículos originales publicados en revistas con arbitraje editorial, principalmente sobre epidemiología de la infección por VIH, infecciones nosocomiales y brotes de enfermedades infecciosas. Tiene a su cargo la supervisión de varios estudiantes de doctorado afiliados a la Universidad de Oslo, donde él mismo se doctoró en Medicina.

**Profesor Tjandra Y. Aditama, Director General de Control de Enfermedades y Salud Ambiental del Ministerio de Salud, Yakarta (Indonesia)**

4. El Dr. Tjandra Aditama es Director General de Control de Enfermedades y Salud Ambiental del Ministerio de Salud, Yakarta (Indonesia)

5. El Dr. Aditama es el Responsable del Centro Nacional de Enlace de Indonesia e intervino en la respuesta de Indonesia a los eventos relacionados con el H5N1 y con la gripe pandémica por (H1N1) 2009. En febrero de 2011 fue asesor temporal de la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental sobre enfermedades no transmisibles.

6. El Dr. Aditama fue Profesor de Neumología y Medicina Respiratoria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Indonesia, y profesor adjunto en el Centro de Salud Ambiental y Poblacional de la Griffith University, en Australia. Es autor de más de 100 publicaciones.

7. El Profesor Aditama trabajó en el sector de la salud pública ocupando puestos de gestión y como investigador universitario. Después de terminar sus estudios de medicina, trabajó como jefe de los centros de salud de varios municipios. Se especializó en neumología y salud respiratoria (consultor en enfermedades infectivas) por la Universidad de Indonesia. A principios de la década de 1990 fue subdirector y luego director del Hospital Persahabatan de Yakarta.

**Dra. Silvia Bino, Profesora Asociada de Enfermedades Infecciosas, Jefa del Departamento de Control de Enfermedades Infecciosas, Instituto de Salud Pública, Tirana (Albania)**

8. La Dra. Silvia Bino (MD, Ph.D.) es Jefa del Departamento de Control de Enfermedades Infecciosas del Instituto de Salud Pública y Profesora Asociada de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tirana, en Albania. Fue Directora del Instituto Nacional de Salud Pública desde 2000 hasta 2006, y ha dedicado su carrera a las nuevas estrategias de control de las enfermedades infecciosas y a fortalecer los sistemas de vigilancia en países de escasos recursos.

9. La Dra. Bino coordinó las actividades de vigilancia, diagnóstico y respuesta relacionadas con la gripe por A (H1N1) 2009 pandémico en Albania. Forma parte del grupo nacional para la aplicación del RSI y ha participado en la aplicación del RSI en Europa sudoriental.

10. La Dra. Bino fue Coordinadora Regional de la red encargada de reforzar la vigilancia y el control de enfermedades transmisibles en Europa sudoriental, que promovió el fortalecimiento de los sistemas de alerta temprana, la elaboración de políticas, la labor de preparación y respuesta, la formación en epidemiología aplicada y la colaboración de expertos e instituciones en la aplicación del RSI.

11. Desde el año 2000 coordina el programa de inmunización y ha contribuido a establecer un sistema de alerta temprana sindrómico en Albania.

12. Es autora de diversos artículos sobre enfermedades infecciosas publicados en revistas profesionales y científicas y ha participado en la redacción de distintas orientaciones, libros e informes relacionados con las enfermedades infecciosas, la gripe y la vigilancia de la salud pública.

13. También trabajó como consultora para la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas y hasta abril de 2009 fue miembro del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización.

14. Se licenció y doctoró en Medicina por la Universidad de Tirana y prosiguió su formación con estudios de posgrado en enfermedades infecciosas, microbiología, epidemiología y salud pública en Suiza, Bélgica, el Reino Unido y los Estados Unidos de América.

**Dr. Eduardo Hage Carmo, Epidemiólogo, Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS), Proyecto de Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía y consultor de la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud (Brasil)**

15. Eduardo Hage Carmo (MD, Ph.D) es epidemiólogo en el Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS) del UNASUR, en Río de Janeiro, y en el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía, en Brasil. En el Ministerio de Salud, en Brasilia, trabaja como consultor de la Secretaría de Vigilancia Sanitaria y desde marzo de 2007 hasta febrero de 2011 ocupó el cargo de Director de Vigilancia Epidemiológica.

16. Como Director de Vigilancia Epidemiológica en el Ministerio de Salud de Brasil tuvo a su cargo la gestión de las actividades de preparación y respuesta ante la gripe por A (H1N1) 2009 pandémica, incluyendo la adopción de las decisiones públicas correspondientes. Toda su producción científica ha sido respaldada por instituciones públicas. Su trabajo en calidad de Director también se centró en las esferas de la vigilancia epidemiológica, las enfermedades transmisibles, la preparación y respuesta ante emergencias de salud pública, la evaluación de la salud pública, la tecnología de la salud, las me-

didas de prevención y control, la salud internacional y la aplicación del RSI a escala regional y nacional. Colabora desde 2002 con la OPS y la OMS en los procesos de revisión del RSI, y en su aplicación y seguimiento, incluida la elaboración de herramientas, procedimientos y métodos de capacitación. Desde 2003 participa en reuniones consultivas de la OMS sobre preparación y respuesta a la gripe, contribuyendo de ese modo a la elaboración de planes regionales y nacionales.

17. Desde 1986 su carrera académica se ha centrado en la salud pública, la epidemiología, la vigilancia epidemiológica, las enfermedades transmisibles y el Reglamento Sanitario Internacional. El Dr. Carmo es autor y coautor de varios capítulos de libros sobre transición epidemiológica y vigilancia de enfermedades transmisibles, así como de 27 artículos, y ha recibido los premios J. Snow y Fred L. Soper.

18. Se licenció en medicina por la Universidad Federal de Bahía, en Brasil, donde también obtuvo los títulos de máster y doctor en Salud Pública. Dr. Eduardo Hage Carmo, Epidemiólogo, Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS), Proyecto de Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía y consultor de la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud (Brasil)

**Dr. Martin Cetron, Director, División de Migración Mundial y Cuarentena, Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Zoonóticas, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, Georgia (Estados Unidos de América)**

19. El Dr. Martin Cetron es Director de la División de Migración Mundial y Cuarentena (DGMQ) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Es docente de la Emory School of Medicine y de la Rollins School of Public Health. Antes de su incorporación a la DGMQ, en 1997, trabajó en la División de Enfermedades Parasitarias y Enfermedades Respiratorias Bacterianas de los CDC.

20. El Dr. Cetron ha dirigido las actividades de preparación y respuesta para emergencias de salud pública en los CDC. Desempeñó una función de liderazgo en el contexto de las respuestas de los CDC ante el incidente de bioterrorismo con carbunco, en 2001; la pandemia de SRAS, en 2003; el brote de viruela símica en los Estados Unidos, en 2003; los huracanes Katrina y Rita en 2005; y la gripe pandémica por A (H1N1). El Dr. Cetron integra el equipo directivo de preparación y respuesta para una gripe pandémica de los CDC. En 2009, durante la pandemia de gripe por A (H1N1), dirigió las actividades de los CDC relativas a las respuestas transfronterizas y las estrategias comunitarias de mitigación.

21. Formó parte de la delegación de los Estados Unidos en las negociaciones sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional. El Dr. Cetron fue consultor experto de la OMS sobre el RSI y las actividades de preparación y respuesta para una gripe pandémica.

22. Sus intereses prioritarios son la salud pública internacional y la migración mundial, con particular atención a las infecciones emergentes, las enfermedades tropicales y las enfermedades prevenibles mediante vacunación en las poblaciones móviles. Es coautor de más de 100 publicaciones.

23. Se graduó por el Dartmouth College and Tufts Medical School. Se ha capacitado en Medicina Interna en la Universidad de Virginia; en Enfermedades Infecciosas, en la universidad de Washington y en el Epidemic Intelligence Service de los CDC.



**Dr. Omar El Menzhi, Director, Dirección de Epidemiología y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud, Rabat (Marruecos)**

24. El Dr. Omar El Menzhi es Director de Epidemiología y Control de Enfermedades en el Ministerio de Salud de Marruecos. Durante 25 años fue director de servicios de salud en diversas regiones de Marruecos, y posteriormente, de 2007 a 2009, fue director regional de salud del área metropolitana de Casablanca. Ha dedicado la mayor parte de su carrera profesional a la gestión de políticas y servicios de salud, con particular hincapié en la ejecución y evaluación de programas sanitarios.

25. El Dr. El Menzhi es el responsable del Centro Nacional de Enlace para el RSI de Marruecos, y en 2009 participó activamente en las actividades de respuesta de su país ante la pandemia de gripe por A (H1N1) 2009. Participó en la elaboración de documentos de estrategia sobre diversos temas que abarcan, desde la estrategia nacional de formación continua hasta el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

26. Se graduó en la Universidad Mohammed V, de Rabat; obtuvo una maestría en Salud Pública por la Universidad Libre de Bruselas; un diploma en formación de dirigentes en la esfera sanitaria; y un título de posgrado en estudios sobre el paludismo por la Universidad de Bordeaux (Francia).

**Dr. Yuri Fedorov, Director Adjunto, Centro Federal para el Control de la Peste, Servicio Federal de Vigilancia de la Protección de los Derechos del Consumidor y del Bienestar Humano, Moscú (Federación de Rusia)**

27. El Dr. Yuri Fedorov (DSc, PhD) es Director Adjunto del Centro Federal para el Control de la Peste del Servicio Federal de Vigilancia Epidemiológica y Protección Sanitaria del Territorio de la Federación de Rusia, Servicio Federal de Vigilancia de la Protección de los Derechos del Consumidor y del Bienestar Humano. Es Profesor de epidemiología en la Universidad de Medicina de Moscú (formación de posgrado).

28. El Dr. Fedorov tiene 30 años de experiencia en planificación, supervisión y ejecución de programas nacionales de prevención y control de enfermedades transmisibles en el ámbito nacional, así como en la capacitación de personal en el ámbito regional.

29. Ha participado en el desarrollo y la aplicación del RSI (2005).

**Profesor Harvey V. Fineberg, Presidente, Instituto de Medicina, Washington, D.C. (Estados Unidos de América)**

30. El Dr. Harvey V. Fineberg (MD, PhD) es Presidente del Instituto de Medicina de los Estados Unidos. Entre 1997 y 2001 fue rector de la Universidad de Harvard, tras 13 años como decano de la Facultad de Salud Pública de esa Universidad. El Dr. Fineberg dedicó la mayor parte de su carrera profesional a las esferas relacionadas con las políticas sanitarias y la adopción de decisiones médicas. En el pasado sus investigaciones se centraron en el proceso de elaboración y aplicación de políticas, evaluación de tecnologías médicas, evaluación y utilización de vacunas y divulgación de innovaciones médicas.

31. El Dr. Fineberg contribuyó al establecimiento de la Society for Medical Decision Making, de la que fue presidente, y actuó como consultor de la OMS. En el Instituto de Medicina fue presidente y participante de algunos cuadros de expertos encargados de abordar cuestiones de política sanitaria que abarcaban desde el sida hasta las nuevas tecnologías médicas.

32. Actuó como asesor oficioso del Gobierno de los Estados Unidos (incluidos los CDC y el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América) sobre la gripe por A (H1N1) durante el brote de esa enfermedad.

33. El Dr. Fineberg es coautor de *Clinical Decision Analysis, Innovators in Physician Education*, y *The Epidemic that Never Was*, un análisis del controvertido programa federal de inmunización contra la gripe por el virus A (H1N1) ejecutado en 1976. Publicó varios libros en colaboración sobre diversos temas tales como prevención del sida, seguridad de las vacunas y comprensión de los riesgos en la sociedad. Además, publicó numerosos artículos en revistas profesionales. El Dr. Fineberg ha merecido varias distinciones académicas honorarias, así como el premio Joseph W. Mountin que otorgan los CDC. Obtuvo su licenciatura y su doctorado en medicina por la Universidad de Harvard.

**Sr. Andrew Forsyth, Jefe de Equipo, Legislación y Políticas de Salud Pública, Oficina del Director de Salud Pública, Ministerio de Salud, Wellington (Nueva Zelanda)**

34. El Sr. Andrew Forsyth, Diplomado en Salud Pública (BA Hons) es el Jefe del Equipo sobre Legislación y Políticas de Salud Pública de la Oficina del Director de Salud Pública del Ministerio de Salud de Nueva Zelanda. En el marco de sus cometidos colabora con el Centro Nacional de Enlace de Nueva Zelanda para el RSI. En 2009 participó en actividades nacionales de planificación e inteligencia relacionadas con la respuesta de Nueva Zelanda ante la pandemia de gripe.

35. Tiene más de 20 años de experiencia en esferas concernientes al personal sanitario y las políticas de salud ambiental. Recientemente, dirigió los trabajos de formulación de legislación relativa al agua potable; el programa nacional de detección del cáncer cervicouterino; y una revisión importante de las normas fundamentales de salud pública de Nueva Zelanda, recogidas en la Ley de salud de 1956. Participó en rondas de consultas preliminares y en las subsiguientes negociaciones intergubernamentales celebradas en 2004 y 2005 que culminaron con la revisión del Reglamento Sanitario Internacional revisado. Fue consultor de la OMS e impartió capacitación sobre la aplicación del RSI (2005) en el Pacífico.

36. Obtuvo su título (BA Hons) por la Victoria University, Wellington, y su Diploma en Salud Pública por la University of Otago, Wellington School of Medicine.

**Dra. Claudia González, Socia-Directora, Epi-Sur Consultores, y Profesora del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud Pública, Universidad del Desarrollo, Santiago (Chile)**

37. La Dra. Claudia González es consultora en Epi-Sur Consultores, una empresa internacional que proporciona servicios de asesoramiento y consultoría en la esfera de la salud a organizaciones internacionales, gobiernos y organizaciones no gubernamentales. La empresa ha asesorado a la OPS sobre enfermedades infecciosas (incluida la gripe), a universidades chilenas y al Gobierno. A partir de 2011 la Dra. González ocupa un cargo docente en el Centro de Epidemiología y Políticas de Salud Pública de la Universidad del Desarrollo, Santiago (Chile).

38. Entre 2005 y julio de 2010 desempeñó el cargo de Coordinadora de Epidemiología en el Ministerio de Salud de Chile y centró su labor en la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de estudios para la toma de decisiones en materia de políticas públicas. Anteriormente había trabajado en la unidad de investigación del Departamento de Epidemiología, donde participó en el desarrollo del modelo nacional de vigilancia epidemiológica; de los objetivos sanitarios nacionales de Chile para el decenio 2000-2010, y de encuestas de población destinadas a evaluar la calidad de vida y la prevalencia de enfermedades y factores de riesgo en diversos grupos de población.

39. A partir de 2002 participó activamente en la elaboración del Plan Nacional de Control de Pandemias; en 2009 ocupó la Secretaría Ejecutiva del Comité de Control de Brotes y Emergencias Sanitarias, el órgano encargado de abordar la pandemia de gripe por A (H1N1) 2009 en Chile. Además, fue Directora del Centro Nacional de Enlace para el RSI (2005) y responsable de la aplicación del RSI en Chile.

40. Es autora de algunos artículos publicados en revistas científicas nacionales e internacionales, y ha participado en la elaboración de diversas directrices y libros sobre estudios epidemiológicos sobre cáncer, VIH/sida y enfermedades transmisibles, incluida la pandemia de gripe por A (H1N1) 2009.

41. Asistió a numerosas reuniones y foros internacionales organizados por la OMS y la OPS sobre la gripe y el RSI (2005).

**Dr. Mohammad Mehdi Gouya, Director General, Centro para el Control de Enfermedades, Ministerio de Salud y Educación Médica, Teherán (República Islámica del Irán)**

42. El Dr. Mohammad Mehdi Gouya (MD) es Director General del Centro para el Control de Enfermedades del Ministerio de Salud y Educación Médica de la República Islámica del Irán y Asesor Principal del Subdirector de Salud del Ministerio de Salud y Educación Médica. Desde 1990 es profesor adjunto en la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas del Irán, donde realiza investigaciones centradas en cuestiones de salud pública. El Dr. Gouya es Jefe del Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional, y se encargó de elaborar el plan de preparación para una pandemia en su país. Además, es Presidente del Comité Técnico Nacional sobre la Gripe y miembro del Consejo Supremo de Salud del Gabinete.

43. El Dr. Gouya es asesor regional de la OMS para el sida (Grupo Asesor Regional sobre VIH/SIDA/ETS) y miembro de la Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA. Ha sido asesor temporal de la OMS para el Marco Regional de EMRO sobre Promoción de la salud, prevención de traumatismos y tuberculosis.

44. Además, fue Director Nacional de Proyectos en un proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; un proyecto relativo al VIH/sida ejecutado con los CDC; y un proyecto de la Secretaría de comités nacionales sobre el VIH/sida, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades zoonóticas, la inmunización y las enfermedades no transmisibles. Integró la Comisión Permanente de la Secretaría del Consejo Nacional Superior para la inocuidad y seguridad de los alimentos.

45. Obtuvo su diploma en medicina en la Universidad de Ahvaz Jondishapour (República Islámica del Irán) y se especializó en enfermedades infecciosas y tropicales en la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán (República Islámica del Irán).

**Dr. Amr Mohamed Kandeel, Jefe del Sector de Enfermedades Prevenibles y Endémicas, Primera Subsecretaría, Ministerio de Salud y Población (Egipto)**

46. El Dr. Amr Mohamed Kandeel es Primer Subsecretario del Sector de Enfermedades Prevenibles y Endémicas del Ministerio de Salud y Población (Egipto). Se graduó en la facultad de medicina de la Universidad de Ain Shams, de Egipto, en 1990. Obtuvo un diploma en salud pública, una licenciatura en epidemiología, un diploma en control de infecciones y un doctorado en salud pública. Entre 2008 y junio de 2010 fue Subsecretario de Medicina Preventiva del Sector de Enfermedades Prevenibles del Ministerio de Salud, tras haber ocupado durante 17 años el cargo de epidemiólogo, Director del Departamento de Control de Infecciones y Director de la Dirección General del Departamento de Enfer-

medades Transmisibles del Ministerio de Salud y Población; desde junio de 2010 hasta marzo de 2011 fue Jefe del Gabinete Ministerial.

47. El Dr. Kandeel es jefe del Centro Nacional de Enlace de Egipto para el RSI, y ha participado en las actividades de planificación, preparación y respuesta en relación con la pandemia de gripe por A (H1N1). Asistió a numerosas reuniones consultivas de la OMS sobre los virus H1N1 y H5N1 y sobre el RSI.

48. La carrera profesional del Dr. Kandeel se ha centrado en la salud pública y la epidemiología en el sector de prevención del Ministerio de Salud y Población. Ha participado en la planificación, evaluación y seguimiento de programas de control de infecciones en los centros de salud, así como en la formulación de directrices para el Control Nacional de Infecciones en Egipto, y en la planificación, evaluación y seguimiento de campañas nacionales de erradicación de la poliomielitis, el tétanos neonatal y el sarampión.

49. Es supervisor de la distribución de vacunas en Egipto. Además, ha supervisado el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y la unidad de vigilancia, y ha participado en todas las investigaciones de brotes entre 2004 y junio de 2010, en Egipto.

50. En el campo de las enfermedades transmisibles, el Dr. Kandeel participó en la producción de un boletín anual sobre enfermedades transmisibles en Egipto; la planificación y modernización de las estrategias nacionales para el control de las enfermedades transmisibles; el desarrollo de un sistema de evaluación y seguimiento de las actividades de control de enfermedades transmisibles para los centros de atención primaria de salud; y un proyecto de investigación en esa esfera. El Dr. Kandeel ha publicado 14 artículos sobre diversos temas de salud pública en revistas internacionales.

**Dra. Arlene King, Directora General de Salud, Ministerio de Salud y Atención Crónica de Toronto, Ontario (Canadá)**

51. La Dra. Arlene King (MD, MHSc, FRCPC) es Directora General de Salud del Ministerio de Salud y Atención Crónica, Ontario (Canadá). Es una experta internacionalmente reconocida en inmunización, enfermedades infecciosas y preparación para pandemias. Asimismo, es profesora adjunta en la Facultad de Salud Pública Dalla Lana de la Universidad de Toronto. Antes de incorporarse al Ministerio, la Dra. King fue Directora General del Centro de Inmunización y Enfermedades Respiratorias Infecciosas (incluidas la gripe y la gripe pandémica) en el Organismo de Salud Pública del Canadá (PHAC). Desempeñó otros cargos en Health Canada/PHAC, entre ellos el de Directora General de Preparación para una Pandemia.

52. De 2006 a 2009 la Dra. King se encargó de supervisar la planificación del sector sanitario del Canadá para una pandemia. Con ocasión de la pandemia de gripe por A (H1N1) 2009 la Dra. King coordinó la respuesta técnica del Organismo de Salud Pública del Canadá. Entre junio de 2009 y agosto de 2010 dirigió las actividades de respuesta a la pandemia en Ontario, como Directora General de Salud de esa provincia.

53. Además, ocupó diversos cargos de importancia en el Centro para el Control de Enfermedades de la Columbia Británica, y fue Directora de Salud en Vancouver y Burnaby (Columbia Británica) así como médica de familia en el norte de Alberta (Canadá).

54. La Dra. King fue asesora del Banco Mundial y del Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional en cuestiones relativas a enfermedades infecciosas emergentes. Integró la junta de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (2004-2006). Fue consultora de la OMS sobre poliomielitis,

SRAS y gripe, e integra el grupo consultivo técnico de la OPS sobre inmunización y la Comisión para la Certificación de la Erradicación de la poliomielitis de la Oficina Regional para África de la OMS. Hasta 2009 representó al Canadá en las deliberaciones intergubernamentales sobre muestras de virus y compartición de los beneficios.

55. La Dra. King obtuvo su título en medicina por la Universidad McMaster y su certificación en Medicina de Familia por la Universidad de Calgary. Tiene una Maestría en Ciencias Médicas por la Universidad de la Columbia Británica y es miembro del Royal College of Physicians and Surgeons of Canada in Community Medicine.

**Profesor Abdulsalami Nasidi, Ex Director, Salud Pública, Ministerio Federal de Salud, Abuja (Nigeria)**

56. El Profesor Abdulsalami Nasidi (MD, PhD), es un médico con más de 32 años de experiencia en medicina clínica, salud pública, virología y desarrollo de vacunas y productos biológicos. Ex Director de Salud Pública y Director de Cuestiones Especiales en el Ministerio Federal de Salud de Nigeria, está actualmente retirado de la función pública. Es Presidente de EchiTAb Study Group, Nigeria/UK, y Presidente/Oficial Ejecutivo de la Reach Care Foundation de Nigeria. Además, es consejero técnico especial del Ministerio de Salud.

57. Durante siete años dirigió el Laboratorio Federal de Producción de Vacunas en Yaba; en ese periodo introdujo un nuevo método de producción de vacunas contra la fiebre amarilla, que se aplicó con éxito para controlar el brote de esa enfermedad en el Estado de Benue en 1986-1987. En 2008 fue nombrado Presidente del Equipo especial presidencial para la erradicación de la poliomielitis y las vías de inmunización, cuyas medidas dieron lugar a una reducción de poliovirus salvaje circulante en Nigeria a comienzos de 2009 y a recientes progresos hacia la erradicación de la poliomielitis y la inmunización sistemática.

58. Nombrado Director de Epidemiología de Nigeria en 1991, contribuyó al desarrollo de un sistema de vigilancia y notificación de enfermedades y a la publicación de un boletín epidemiológico mensual. En ese cargo fue responsable de las actividades relativas al RSI en el país. Además, el Dr. Nasidi coordinó el Centro Nacional de Enlace para el RSI.

59. Fue uno de los 16 fundadores del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, en Bruselas (Bélgica). El Dr. Nasidi estableció y presidió durante seis años el mecanismo de coordinación en Nigeria. Además, puso en marcha un centro nacional para el control de enfermedades en Nigeria.

60. Dirigió las actividades de respuesta del equipo especial del sector sanitario de Nigeria ante la pandemia de gripe por A (H1N1) y participó en la elaboración de la respuesta nacional. Con ocasión del brote de gripe por A (H1N1) desempeñó un papel activo para establecer en Abuja un laboratorio nigeriano con capacidad para detectar virus gripales, que se convertiría en el laboratorio de referencia de la OMS para ese país.

61. El Dr. Nasidi es Vicepresidente/Oficial Ejecutivo Superior de la recientemente establecida organización no gubernamental «Reach Care Foundation», que en la actualidad está colaborando con el Instituto de Virología de Baltimore (Estados Unidos de América) y con el Ministerio Federal de Salud de Nigeria.

62. Participó en varios comités de la OMS, en el más reciente como delegado de Nigeria, y fue Vicepresidente de la Reunión Intergubernamental sobre Preparación para una Gripe Pandémica: inter-

cambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios. Asimismo, integró durante tres años el grupo de trabajo técnico pertinente y ocupó su presidencia.

63. Es autor de más de 50 publicaciones científicas, y en reconocimiento a su labor su país lo ha distinguido como Officer of the Order of the Niger.

64. El Dr. Nasidi obtuvo su título en medicina en la Kalinin State Medical School, Tver, (Federación de Rusia) y su doctorado en el Ivanovsky Institute of Virology, Academy of Medical Sciences de Moscú (Federación de Rusia).

**Profesor Paul Odehouri-Koudou, Director, Instituto Nacional de Higiene Pública, Abidjan (Côte d'Ivoire)**

65. El Profesor Paul Odehouri-Koudou (MD) es Director del Instituto Nacional de Higiene Pública de Côte d'Ivoire y Profesor de Enfermedades Infecciosas y Tropicales en la Abidjan-Cocody University. Fue Director de Salud Comunitaria y Director Ejecutivo del Proyecto de Colaboración sobre Medicina Moderna y Tradicional de 2000 a 2001.

66. Participó en la aplicación del RSI (2005) en su país, y en 2007 organizó un taller sobre la aplicación del RSI en Côte d'Ivoire. Es el Director del Centro Nacional de Enlace de su país para el RSI y cumplió una función crucial en las actividades de respuesta del país ante la pandemia de gripe por A (H1N1). Además, es miembro del Comité Nacional de Côte d'Ivoire de Expertos Independientes sobre Vacunación y Vacunas.

67. En 2001-2002 y 2004 el Profesor Odehouri-Koudou participó como experto en el Comité Consultivo Africano OMS/AFRO de Investigación y Desarrollo.

68. Es autor de numerosos artículos sobre enfermedades transmisibles, en particular sobre el sida, publicados en importantes revistas internacionales. Su país lo ha distinguido como Officer, and Commander, of the Order of Merit of National Education of Côte d'Ivoire, y Chevalier of the National Order of Côte d'Ivoire.

69. El Profesor Paul Odehouri-Koudou obtuvo su doctorado en medicina (docteur d'Etat en Médecine) en la Facultad de Medicina de la Abidjan-Cocody University.

**Dr. Nobuhiko Okabe, Director del Centro de Vigilancia de las Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, Tokio (Japón)**

70. El Dr. Nobuhiko Okabe (MD, PhD) es Director del Centro de Vigilancia de las Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas del Japón. Se ha especializado en control de enfermedades infecciosas, enfermedades infecciosas pediátricas e inmunización.

71. En la actualidad, el Dr. Okabe trabaja en el Centro Nacional de Enlace del Japón para el RSI, y anteriormente fue consultor o consejero temporero durante las primeras fases del proceso de revisión del RSI. Es presidente del Comité Consultivo del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social que presta asesoramiento sobre la revisión del Plan Nacional de Preparación para una Pandemia. Antes de la pandemia por A (H1N1) 2009 fue presidente del Comité Consultivo sobre el Plan de Preparación para una Pandemia en el Japón y participó en la formulación de las directrices pertinentes. Durante la pandemia por A (H1N1) 2009 tomó parte en las actividades de respuesta e integró el Comité Consultivo sobre la pandemia de gripe por A (H1N1) de la Oficina del Gabinete del Ministerio de Salud, Tra-

bajo y Bienestar Social. A principios del decenio de 1990 desempeñó el cargo de Asesor Regional sobre Control y Prevención de Enfermedades Transmisibles en la Oficina Regional para el Pacífico Occidental de la Organización Mundial de la Salud, en Manila (Filipinas).

72. El Dr. Okabe obtuvo su doctorado en medicina en la Jikei University de Tokio (Japón).

**Profesor Dr. Mahmudur Rahman, Director del Instituto de Epidemiología, Centro de Control e Investigación de Enfermedades y Centro Nacional de Gripe, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Dhaka (Bangladesh)**

73. El Dr. Mahmudur Rahman (MD, MPH, PhD) es Director del Instituto de Epidemiología del Centro de Control e Investigación de Enfermedades y Centro Nacional de Gripe del Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladesh.

74. Fue el principal promotor del establecimiento de laboratorios de bioseguridad de nivel 3 y de laboratorios especializados en el virus de Nipah en el Centro Nacional de Gripe, así como de un sistema de vigilancia de enfermedades basado en la web, en Bangladesh. Dirigió las actividades de respuesta ante la pandemia de gripe por A (H1N1) 2009 en su país. Desde 2005 participa en actividades de preparación, planificación, análisis y diversas funciones relacionadas con el RSI.

75. El Dr. Rahman fue profesor adjunto y posteriormente Profesor y Jefe del Departamento de Epidemiología del Instituto Nacional de Medicina Preventiva y Social. Desarrolló la mayor parte de su carrera profesional en las esferas de epidemiología y salud pública. En el pasado sus investigaciones se centraron en la vigilancia de enfermedades, la epidemiología de enfermedades transmisibles y no transmisibles y en cuestiones de políticas de salud pública.

76. Integra el Comité de Expertos para el Examen de la Erradicación de la Poliomielitis y el Comité Científico Consultivo sobre la Leishmaniasis Visceral del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de la OMS.

77. El Profesor Rahman fue Director de Edición del *Journal of Preventive and Social Medicine* y Director Editorial del «Text Book of Community Medicine and Public Health». Es autor de 72 artículos y estudios de investigación publicados en revistas internacionales y nacionales.

78. El Dr. Rahman obtuvo su título en medicina en el Chittagong Medical College de Bangladesh; su diploma en gestión de la atención primaria de salud en la Mahidol University de Tailandia; y su doctorado en epidemiología en la Universidad de Cambridge, del Reino Unido.

**Dr. Palliri Ravindran, Director, Socorro Médico en Emergencias, Dirección General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Nueva Delhi (India)**

79. El Dr. Palliri Ravindran (MD, MBA) es Director de Socorro Médico en Emergencias de la Dirección General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la India, y anteriormente fue Subdirector General.

80. Se especializó en estrategias de planificación, prevención, mitigación, preparación y respuesta ante desastres sanitarios, incluidas las emergencias de salud pública de alcance nacional. El Dr. Ravindran coordinó las actividades de su país para gestionar las crisis derivadas del SRAS, la gripe aviar y la pandemia de gripe por A (H1N1) 2009. Ejerció la medicina clínica durante 15 años, antes de incorporarse al Servicio de Salud Pública de su país, en 1997.

81. El Dr. Ravindran asistió como experto o consultor temporero a reuniones de la SEARO de la OMS, y en 2007 trabajó brevemente en esa oficina. Recibió una beca de la OMS para realizar estudios de evaluación de riesgos y promoción de la salud en la Mahidol University de Tailandia.

82. El Nossal Institute for Global Health de la Universidad de Melbourne (Australia) le otorgó una beca en el marco del programa Australian Leadership Award Fellowship.

83. Obtuvo su título en medicina y prosiguió su formación en salud pública en la Delhi University; además, es licenciado en gestión de desastres por la Guru Gobind Singh Indraprastha University de Delhi.

**Profesor José Ignacio Santos, Profesor y Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, Departamento de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. (México)**

84. José Ignacio Santos (MD) es Profesor y Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Departamento de Medicina Experimental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. (México).

85. Antes de aceptar ese cargo fue Director General del Hospital Infantil de México Federico Gómez, uno de los institutos nacionales de salud de México. Entre 1997 y 2004 el Dr. Santos fue Director del Programa nacional de México para la salud del niño y el adolescente, y anteriormente había integrado el Comité Consultivo sobre Prácticas de Inmunización como oficial de enlace de México con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

86. Además, el Dr. Santos integra otros organismos sanitarios internacionales, entre ellos la junta de síndicos del Centro Internacional de Investigación sobre Enfermedades Diarreicas, en Dhaka (Bangladesh); el grupo de trabajo sobre el sarampión del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico de la OMS; la junta de consejeros de la Pediatric Dengue Vaccine Initiative; el Grupo Técnico Asesor sobre Vacunas e Inmunización de la OPS; y la junta de vigilancia de datos y seguridad del proyecto de vacuna antisarampionosa en aerosol de la OMS.

87. El Dr. Santos fue presidente de las asociaciones mexicana y panamericana de enfermedades infecciosas y es miembro de la Infectious Disease Society of America. Integra el grupo consultivo sobre Pediatric Global Research Priorities de la American Academy of Pediatrics.

88. El Dr. Santos estudió medicina y pediatría en la Universidad de Stanford e inmunología clínica y enfermedades infecciosas en la Universidad de Utah.

**Sra. Palanitina Tuipuimatagi-Toelupe, Directora General de Salud y Directora Ejecutiva del Ministerio de Salud (Samoa)**

89. La Sra. Palanitina Tuipuimatagi-Toelupe (NZRN, MHPed, BEd, GradDipHEd, AdvDip Business Management) es Directora General de Salud y Directora Ejecutiva del Ministerio de Salud de Samoa.

90. La Sra. Toelupe promovió diversos programas de protección de la salud pública y fomento de la salud en Samoa y, más recientemente, las reformas sanitarias de su país, que en 2006 dieron lugar al establecimiento del Servicio Nacional de Salud como principal dispensador de servicios de salud, separado del Ministerio de Salud, que ha pasado a ser la autoridad de vigilancia y reglamentación del



sector sanitario. Asimismo, la Sra. Toelupe desempeñó un papel crucial en la promoción y aplicación nacional de convenios de la OMS y las Naciones Unidas relacionados con la salud, entre ellos el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y la Convención sobre los Derechos del Niño.

91. Como Directora General de Salud coordinó las actividades nacionales orientadas a fortalecer el sistema sanitario mediante la promoción de la salud y la atención primaria. Asimismo, dirigió las actividades de preparación y respuesta de su país ante la pandemia de gripe por A (H1N1), y es presidenta del Equipo Especial Sanitario Nacional de preparación y respuesta ante desastres. Participa activamente en la aplicación y promoción del RSI desde su cargo en el Centro Nacional de Enlace para el RSI. La Directora General es también miembro suplente del Consejo Ejecutivo de la OMS, y presidió las delegaciones de Samoa en las reuniones 124.<sup>a</sup>, 126.<sup>a</sup> y 128.<sup>a</sup> del Consejo.

92. Tras 18 años como Directora de Educación en Salud Pública y Especialista en Promoción de la Salud en el Ministerio de Salud fue Directora de la División para el Adelanto de la Mujer del Ministerio de la Mujer, la Comunidad y el Desarrollo Social, de 1998-2005. En el último decenio centró su actividad en la gobernanza institucional, el liderazgo técnico y profesional, el desarrollo de políticas y las reformas normativas en el sector sanitario.

93. Obtuvo todos sus títulos de educación terciaria en universidades de Nueva Zelandia y Australia y en la Universidad Nacional de Samoa, afiliada a la United States International University.

**Profesora Patricia Ann Troop, Independiente, Ex Directora Ejecutiva, Agencia de Protección de la Salud, Londres (Reino Unido)**

94. La Sra. Patricia Ann Troop (CBE, DSc, FRCP, FFPH) fue Directora Ejecutiva fundadora de la Agencia de Protección de la Salud (HPA) del Reino Unido, un nuevo órgano que fusiona organismos nacionales y equipos locales con el fin de prestar un servicio integral que abarque infecciones, peligros de origen químico, radiactivo y ambiental, y preparación para una emergencia. En 2008 la profesora Troop dejó la HPA y desde entonces ha presidido o integrado comités nacionales; ha respaldado la labor del Centro europeo para la prevención y el control de las enfermedades y de la OMS, y es Directora no Ejecutiva del Cambridge University Hospitals Foundation Trust. Es profesora invitada en dos universidades y continúa escribiendo y enseñando.

95. La HPA fue el Centro Nacional de Enlace para el RSI en el Reino Unido, y junto con la OMS realizó la mayor parte de los trabajos relativos al RSI. En lo que atañe a la pandemia de gripe por A (H1N1) 2009, la HPA llevó a cabo actividades de vigilancia, laboratorio, evaluación epidemiológica, modelización y planificación operacional.

96. Tras haber iniciado su carrera como médica clínica, dedicó 30 años a la salud pública y a la gestión del servicio de salud. Ha trabajado en todos los ámbitos de la salud pública en los planos local, regional y nacional. Su labor incluye la puesta en marcha del programa de nutrición «5 a day» y la reorganización de algunos servicios importantes en toda Inglaterra, por ejemplo los de cuidados pediátricos intensivos. En 1999 fue nombrada Subdirectora General de Salud para Inglaterra, cargo cuyo mandato abarcaba la protección de la salud, la respuesta ante desastres, la salud internacional, la supervisión de numerosos órganos nacionales y la presidencia de comités nacionales. En sus dos funciones de ámbito nacional la Profesora Troop dirigió las actividades de respuesta ante emergencias nacionales.

97. Es autora o coautora de numerosos informes y documentos publicados. Recibió la distinción de Commander of the Order of the British Empire (CBE) por sus contribuciones a la salud pública, y obtuvo doctorados en ciencias en dos universidades (University of East Anglia y Cranfield University); es Outstanding Alumnus de la Universidad de Manchester.

**Dr. Kumnuan Ungchusak, Experto en Medicina Preventiva, Oficina de Epidemiología, Departamento de Control de Enfermedades, Ministerio de Salud Pública, Bangkok (Tailandia)**

98. El Dr. Kumnuan Ungchusak (MD, MPH) es el experto principal en Medicina Preventiva del Departamento de Control de Enfermedades del Ministerio de Salud Pública de Tailandia y consejero del Departamento para el Reglamento Sanitario Internacional. Es miembro del Comité Nacional sobre la gripe aviar y la gripe pandémica y coordina las actividades de vigilancia, investigación, evaluación de riesgos y comunicaciones conexas del Ministerio.

99. Desde sus años de formación ha actuado como epidemiólogo sobre el terreno supervisando la vigilancia de enfermedades transmisibles y la investigación de brotes en el país. Fue Director del Thailand FETP, y posteriormente, entre 2001 y 2008, Director de la Oficina de Epidemiología que supervisa la red de vigilancia e investigación del país.

100. En 2007-2008 trabajó en el Centro Nacional de Enlace para el RSI. Además, desempeñó un importante papel en el establecimiento de los equipos de vigilancia y respuesta rápida que funcionan actualmente en todos los distritos y provincias de Tailandia.

101. Su labor más reciente se centra en la gripe aviar, la gripe pandémica y toda emergencia de salud pública de preocupación internacional, especialmente en la región del Mekong. El Dr. Ungchusak fue consultor temporero de la OMS sobre vigilancia de enfermedades, capacitación en epidemiología sobre el terreno y modelización de enfermedades. También fue consultor temporero de las Oficinas Regionales de la OMS para Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental en lo concerniente a la Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes.

102. Obtuvo su doctorado en medicina por la Siriraj Medical School de Tailandia y su licenciatura en salud pública en la Mahidol University. Completó un programa de capacitación en epidemiología sobre el terreno organizado por el Ministerio de Salud de Tailandia y obtuvo la certificación de la Junta de Medicina Preventiva del Consejo Médico de Tailandia.

**Profesora Kuku Voyi, Profesora y Jefa de Departamento, Escuela de Sistemas de Salud y Salud Pública, Universidad de Pretoria, Pretoria (Sudáfrica)**

103. La Sra. Kuku Voyi es Profesora y Jefa del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional de la Facultad de Sistemas de Salud y Salud Pública de la Universidad de Pretoria (Sudáfrica). Se ha especializado en evaluación de la exposición, vigilancia y riesgos para la salud humana, y en epidemiología medioambiental y ocupacional. Sus investigaciones se centran en la etiología de las enfermedades, el medio ambiente y la salud, la epidemiología medioambiental y los sistemas de salud.

104. La Dra. Voyi es coordinadora de un curso sobre emergencias sanitarias en grandes poblaciones (HELP Sudáfrica). Como experta especializada ha contribuido, a través de su Universidad, al curso sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS en sus aspectos relativos a vigilancia y evaluación de riesgos; es miembro del Comité Consultivo Africano sobre Investigación y Desarrollo en materia de Salud de la AFRO de la OMS. Fue consejera experta de diversas entidades nacionales. Además, es miembro de la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo y especialista revisora de la publicación *Health South Africa*.

105. Asimismo, la Dra. Voyi se ha desempeñado como consejera técnica de la OMS, en particular en relación con el Análisis Institucional para la Declaración Ministerial de Argelia (AFRO de la OMS) 2008, e integra el Grupo Consultivo sobre capacitación para emergencias en la Región de África 2009. Recientemente, la Dra. Voyi prestó asesoramiento a la Oficina Regional para África de la OMS en esferas relativas a investigación y desarrollo en materia de salud, enfermedades tropicales desatendidas y capacitación para emergencias sanitarias en África.

106. Entre 2004 y 2010 la profesora Voyi fue catedrática de la Facultad de Sistemas de Salud y Salud Pública, y hasta fecha muy reciente fue presidenta de la Junta del Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas.

107. Obtuvo su título de posgrado en la Universidad de Ciudad del Cabo.

**Profesor Yu Wang, Director General del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, Beijing (China)**

108. El Profesor Yu Wang (MD, PhD) es Director General del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC de China) del Ministerio de Salud de China.

109. Como Director General del CDC de China, el Profesor Wang estableció el sistema de gestión de bioseguridad en los laboratorios y mejoró los sistemas de vigilancia y notificación de enfermedades infecciosas en China. Dirigió las actividades de preparación y respuesta de emergencia con ocasión de los brotes de gripe aviar por H5N1 en seres humanos, enfermedad mano-pie-boca, pandemia de gripe por A (H1N1) 2009 y otras amenazas sanitarias emergentes.

110. Antes de incorporarse a su cargo actual el Profesor Wang fue Director del Instituto de Hepatología del Hospital Popular de la Universidad de Medicina de Beijing, y posteriormente vicepresidente de esa Universidad y encargado del fomento de las actividades de investigación y las ciencias aplicadas. En 2000 fue nombrado Subdirector General del Centro Nacional de China para el Desarrollo de la Biotecnología, del Ministerio de Ciencias y Tecnología y, posteriormente, Subdirector General del Departamento de Agricultura y Desarrollo Social de ese Ministerio. Desde esos cargos se ocupó del financiamiento y la gestión de las actividades de investigación y desarrollo en el campo de la biotecnología. Colaboró en la formulación de directrices nacionales de ética relativas a la investigación con células madre de embriones humanos.

111. Es vicepresidente de la Asociación China de Medicina Preventiva y miembro de la junta directiva de la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública.

112. Obtuvo su título en medicina por la Universidad de Medicina de Beijing y su doctorado en la Jichi Medical School del Japón. Realizó investigaciones sobre virología molecular e inmunología del virus de la hepatitis.

**Dr. Sam Zaramba, Cirujano Consultor, Ex Director General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Kampala (Uganda)**

113. Dr. Sam Zaramba (MD) es Cirujano Consultor Superior y Ex Director General de Servicios de Salud de Uganda. Antes de ocupar ese cargo fue Director de la dependencia de Salud Clínica y Comunitaria del Ministerio de Salud de Uganda.

114. El Dr. Zaramba tiene una amplia experiencia en materia de prestación de servicios de salud en los países en desarrollo y en todo el mundo. Ejerció la medicina clínica durante más de 10 años en el Mulago National Referral Hospital como cirujano especialista en otorrinolaringología. Posteriormente decidió trabajar en la gestión de servicios de salud, con los desafíos que ello supone en un país de escasos recursos. El Dr. Zaramba se interesa especialmente en las enfermedades tropicales infecciosas, y en particular en las enfermedades tropicales desatendidas que afectan a Uganda y a la región.

115. Ha promovido el control integrado de las enfermedades y el control de vectores en el ámbito nacional y mundial, así como la fructífera estrategia de la campaña «Child Health Days Plus» en Uganda. Además, puso en marcha diversos proyectos de salud pública en Uganda concernientes a inmunización sistemática, mejoramiento de la nutrición, educación e higiene para la salud, y distribución y tratamiento de mosquiteros impregnados con insecticida. Desempeñó una función crucial en la formulación de la política sanitaria y los planes estratégicos decenales que rigen la prestación de servicios de salud en Uganda.

116. En 2007-2008 presidió el Comité del Programa Regional de AFRO de la OMS, y fue presidente de las reuniones 125.<sup>a</sup> y 126.<sup>a</sup> del Consejo Ejecutivo de la OMS, celebradas en Ginebra. Es miembro del Grupo Consultivo Técnico sobre Enfermedades Tropicales Desatendidas. Recientemente, en febrero de 2011, fue invitado a participar en la junta de la OMS para la seguridad del paciente, y como consultor temporero para cuestiones relativas a la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario. Recientemente se le ofreció el cargo de Director Ejecutivo de una organización no gubernamental dedicada a cuestiones concernientes a las enfermedades tropicales desatendidas y a la salud y el desarrollo comunitarios.

117. En colaboración con sus pares de la División de Control de Vectores del Ministerio de Salud, el Dr. Zaramba ha publicado artículos sobre enfermedades tropicales desatendidas. Obtuvo sus títulos universitarios en la Makerere Medical School. Realizó cursos de capacitación en Gestión de Servicios Sanitarios en las Universidades de Birmingham (Reino Unido), Boston (Estados Unidos de América) y Harvard (Estados Unidos de América).

\* La Directora General desea expresar su agradecimiento a los siguientes miembros que dimitieron en el transcurso de los trabajos del Comité: Dr. Anthony Evans, Profesor John Mackenzie, Dr. Ziad Memish y Dr. Babatunde Osotimehin.

## **DECLARACIÓN DE INTERESES**

### **Profesor José Ignacio Santos**

118. En 2009-2010 el Dr. Santos ofreció cuatro conferencias o presentaciones en reuniones celebradas en Viet Nam, Filipinas, Australia y China, financiadas por empresas farmacéuticas (principalmente GlaxoSmithKline) que sufragaron sus gastos y le pagaron honorarios por un total inferior a los US\$ 10 000. Tres de esas conferencias se referían a la introducción de vacunas en América Latina, y una a la experiencia de México durante la pandemia de gripe por A (H1N1).

### **Profesora Kuku Voyi**

119. La Profesora Voyi, catedrática de la Universidad de Pretoria, supervisó la contribución de la universidad al componente de vigilancia, alerta temprana y respuesta del curso 2010-2011 sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS. La universidad y la OMS concertaron

un acuerdo para la realización de trabajos en 2009 por una suma inferior a los US\$ 15 000, en relación con esa contribución al curso sobre el RSI; parte de esa suma cubrió menos del equivalente al 20% del sueldo de seis meses de la Dra. Voyi.

120. *Las actividades reseñadas precedentemente no entrañan un conflicto de intereses por el que los expertos en cuestión debieran ser parcial o totalmente excluidos del Comité de Emergencia. Sin embargo, con arreglo a la política de la OMS, esos intereses se han declarado ante el Comité para ponerlos en conocimiento de los demás miembros.*

121. *Muchos de los miembros del Comité de Examen poseen un gran acervo de experiencia y conocimientos técnicos en el ámbito gubernamental y son consultores de la OMS en las esferas de trabajo del Comité de Examen, que se consideran muy pertinentes e importantes para la difícil labor del Comité.*

## Apéndice III

**RESUMEN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL 2005 (1)****Función 1: Capacidades de vigilancia y respuesta**

1. Las capacidades básicas de vigilancia, evaluación y respuesta se deben desplegar en los ámbitos local, intermedio (por ejemplo, provincial o estatal según sean las disposiciones constitucionales del país) y nacional. Algunas capacidades, en particular las de vigilancia, respuesta y notificación, se deben desplegar también en puntos de entrada tales como puertos, aeropuertos y pasos transfronterizos terrestres designados. Las capacidades básicas se describen más adelante (2).

**Capacidad básica 1: Legislación, política y financiamiento nacionales**

2. El Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI) establece obligaciones y derechos para los Estados Partes. Se ha pedido a los Estados Partes que observen y apliquen el RSI a partir de su entrada en vigor, en 2007. Para ello, deben disponer de un marco jurídico apropiado que respalde y permita el cumplimiento de todas sus obligaciones y el pleno ejercicio de sus derechos. En algunos Estados Partes la aplicación del RSI puede requerir la adopción de legislación que reglamente o permita la observancia de tales obligaciones y derechos. Además, los Estados Partes podrían tener que introducir o modificar legislación para respaldar las nuevas capacidades técnicas que se desarrollen de conformidad con el anexo 1 del RSI. Incluso si el sistema jurídico de un Estado Parte no exige específicamente la introducción o modificación de la legislación con miras a la aplicación de las disposiciones del RSI, los Estados podrían decidir revisar algunos instrumentos jurídicos, normativos y de otra índole con el fin de facilitar la aplicación más eficiente, eficaz o fructífera del RSI. La legislación relativa a la aplicación podría servir para institucionalizar y reforzar la función del RSI y las operaciones en el Estado Parte. Además, puede facilitar la coordinación entre las diferentes entidades que participan en la aplicación. Existen directrices detalladas sobre la aplicación del RSI en el marco de la legislación nacional. Asimismo, son importantes las políticas que identifican las estructuras y responsabilidades nacionales (que también respaldan la aplicación) y la asignación de recursos financieros suficientes.

**Capacidad básica 2: Coordinación y comunicaciones del Centro Nacional de Enlace para el RSI**

3. La aplicación eficaz del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) exige la adopción de enfoques multisectoriales y multidisciplinarios mediante alianzas nacionales orientadas a configurar sistemas de alerta y respuesta eficaces. Uno de los requisitos esenciales para la aplicación del RSI es la coordinación de los recursos nacionales, incluida la designación de un Centro Nacional de Enlace para el RSI, que es un centro nacional de comunicaciones del RSI. Ese Centro Nacional debería poder comunicarse en todo momento con los Centros de Enlace de la OMS para el RSI y con todos los sectores y partes interesadas pertinentes en el país. Los Estados Partes deben facilitar anualmente a la OMS una lista actualizada con los datos de sus Centros Nacionales de Enlace.

**Capacidad básica 3: Vigilancia**

4. El RSI exige la pronta detección de los riesgos de salud pública, así como su rápida evaluación, notificación y respuesta. Para ello, es preciso establecer un sistema de vigilancia minucioso y flexible con funciones de alerta temprana. La estructura del sistema y las funciones y responsabilidades de quienes participen en la aplicación del sistema se deberán especificar y, preferentemente, se definirán por medio de políticas y legislación de salud pública. Es preciso determinar claramente las cadenas de

responsabilidad a fin de asegurar la eficacia de las comunicaciones en el país, con la OMS y con otros países, según sea necesario.

#### **Capacidad básica 4: Respuesta**

5. Se requieren mecanismos de mando, comunicaciones y control de operaciones a fin de facilitar la coordinación y la gestión de las operaciones relacionadas con brotes y otros sucesos de salud pública. Se deberían establecer equipos multidisciplinarios y multisectoriales de respuesta rápida disponibles las 24 horas del día y los siete días de la semana. Deberían poder responder rápidamente ante hechos que pudieran representar una emergencia de salud pública de preocupación nacional o internacional. La eficacia en la gestión de casos, el control de infecciones y la descontaminación son componentes críticos de esta capacidad, y se deberán examinar.

#### **Capacidad básica 5: Preparación**

6. La preparación abarca el desarrollo de planes nacionales, intermedios y comunitarios/primarios de respuesta ante emergencias de salud pública para los correspondientes riesgos biológicos, químicos, radiológicos y nucleares. Otros componentes de la preparación incluyen la identificación de riesgos y lugares de riesgo potenciales, la evaluación de los recursos disponibles, la acumulación de suficientes reservas nacionales de recursos y la capacidad para apoyar las operaciones de respuesta de alcance comunitario/primario durante una emergencia de salud pública.

#### **Capacidad básica 6: Comunicación de riesgos**

7. La comunicación de riesgos debería ser un proceso de múltiples niveles y polifacético orientado a ayudar a las partes interesadas a definir los riesgos, identificar los peligros, evaluar las vulnerabilidades y promover la resiliencia comunitaria con el fin de fortalecer así la capacidad para afrontar una emergencia de salud pública. Un aspecto esencial de la comunicación de riesgos es la difusión de información al público acerca de los riesgos y acontecimientos sanitarios, por ejemplo, brotes de enfermedades.

8. Para que una comunicación de riesgos derivada de un hecho determinado sea eficaz es preciso tener en cuenta los aspectos sociales, religiosos, culturales, políticos y económicos de ese hecho, así como las opiniones de la población afectada. Las comunicaciones de este tipo promueven la adopción de medidas de prevención y control apropiadas por medio de intervenciones individuales, familiares y colectivas de base comunitaria. Asimismo, es importante difundir la información por medio de los canales adecuados.

9. Es necesario identificar a los asociados y las partes interesadas nacionales en la esfera de la comunicación y establecer mecanismos funcionales de coordinación y comunicación. Además, es importante establecer políticas y procedimientos de comunicación concernientes a la difusión oportuna de la información. La transparencia de los procesos decisorios es fundamental para fomentar la confianza entre las autoridades, las comunidades y los asociados. Es preciso elaborar, examinar y actualizar los planes de comunicaciones de emergencia, según sea necesario.

#### **Capacidad básica 7: Recursos humanos**

10. El fortalecimiento de las aptitudes y competencias del personal de salud pública es crucial para el mantenimiento de los mecanismos de vigilancia y respuesta de salud pública en todos los niveles del sistema de salud y para la aplicación efectiva del RSI.

## Capacidad básica 8: Laboratorio

11. Los servicios de laboratorio intervienen en cada una de las fases de alerta y respuesta, incluidas las de detección, investigación y respuesta; los análisis de muestras en laboratorio se realizan en el país o bien por conducto de los Centros Colaboradores. Es preciso que los Estados Partes establezcan mecanismos destinados a asegurar la identificación fiable y oportuna en laboratorio de los agentes infecciosos y otros riesgos que pudieran desencadenar emergencias de salud pública de alcance nacional e internacional, incluido, en caso necesario, el envío de muestras a los laboratorios apropiados.

## Función 2: Operaciones de detección y alerta

12. El RSI exige que los Estados Partes, por conducto de su Centro Nacional de Enlace, se pongan en contacto con la OMS en relación con cualquier evento potencialmente grave de salud pública. Los eventos nacionales detectados por los sistemas nacionales de vigilancia deben ser evaluados por los Estados Partes mediante criterios previamente definidos según lo establecido en el anexo 2 del RSI. El instrumento de decisión presentado en dicho anexo ofrece a las autoridades nacionales un enfoque basado en los riesgos para determinar si un evento debe ser notificado a la OMS teniendo en cuenta si *puede* constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). La notificación debe realizarse cuando los eventos cumplan al menos dos de los cuatro criterios siguientes: (1) repercusiones graves en la salud pública; (2) atipicidad o imprevisibilidad; (3) riesgo importante de propagación internacional; (4) riesgo importante de restricciones a los viajes y el comercio internacionales. Todos los casos de viruela, poliomielitis salvaje, gripe humana por un nuevo subtipo de virus y síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) son eventos de obligada notificación. Los CNE son responsables de esa notificación.

13. A fin de fomentar la puntualidad de las notificaciones, el RSI especifica que los plazos para evaluar los riesgos y para realizar cualquier notificación posterior deben ser de 48 y 24 horas, respectivamente.

14. Además de notificar a la OMS los eventos potencialmente conducentes a una ESPII, los Estados Partes deben informar a la OMS de cualquier evento público inesperado o inusual que se produzca fuera de su territorio. Además, en los casos en que se produzcan «cuasieventos» (es decir, eventos que no cumplen los criterios de notificación o para los que se carece de información suficiente para aplicar el instrumento de decisión), los hechos también pueden ser objeto de consulta con la OMS (artículo 8). El CNE se pone en contacto con el Punto de Contacto de la OMS para el RSI que hay en cada una de las seis oficinas regionales para notificar lo ocurrido, hacer consultas y transmitir información sobre los eventos de salud pública inusuales (3, 4). Los Estados Partes deben también colaborar unos con otros en la detección y evaluación de los eventos y en su respuesta a ellos. Esa colaboración comprende la provisión de asistencia técnica, logística y financiera para un evento específico o la creación de capacidad (artículo 44).

## Función 3: Operaciones de detección y alerta de la OMS

15. El RSI obliga a la OMS a identificar, verificar y evaluar los riesgos de salud pública de posible importancia internacional. Esas actividades se llevan a cabo en la Sede, en Ginebra, así como en las oficinas regionales y nacionales.



## **Función 4: Respuesta de salud pública internacional**

16. Para articular una respuesta de salud pública internacional se requiere una coordinación y cooperación permanentes entre la OMS, los Estados Partes, las organizaciones intergubernamentales y otros órganos internacionales en materia de intercambio de información, orientación, logística y conocimientos técnicos. El RSI ofrece un marco de medidas normalizadas que los Estados Partes deben aplicar sistemáticamente en sus fronteras para proteger la salud pública. El RSI describe asimismo las medidas que pueden adoptarse en las fronteras en respuesta a un riesgo concreto para la salud pública. A petición de un Estado Parte, la OMS puede proporcionar orientación y asistencia técnica en gestión de eventos y ayudar a los países a evaluar la eficacia de las medidas de control.

## **Función 5: Procedimientos relacionados con las Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)**

17. El RSI establece los procedimientos a seguir para determinar si un evento grave constituye una ESPII. Esta se define en el Reglamento como «un evento extraordinario que se ha determinado que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad y podría exigir una respuesta internacional coordinada». Corresponde al Director General de la OMS determinar si se ha producido un ESPII, pero solo después de consultar al Comité de Emergencias.

18. El Comité de Emergencias presta también asesoramiento al Director General acerca de la difusión, modificación, ampliación y terminación de las «recomendaciones temporales», que se definen como «la opinión no vinculante que emite la OMS con respecto a las medidas sanitarias apropiadas que es preciso aplicar, de forma temporal y según cada riesgo concreto, en respuesta a una emergencia de salud pública de importancia internacional, de manera que permita prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad con un mínimo de trabas para el tráfico internacional». Las recomendaciones temporales son de hecho recomendaciones de emergencia para la gestión de eventos de salud pública relevantes. Son un punto de referencia mundial para las medidas de respuesta y tienen por objeto reducir al mínimo la probabilidad de que los países apliquen medidas incoherentes, descoordinadas e injustificadas al afrontar una amenaza emergente para la salud pública.

## **Función 6: Evitar las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales**

19. El RSI insta a los Estados Partes a no aplicar más medidas de salud que las previstas en el RSI o las descritas en las recomendaciones de la OMS. En particular, disuade de adoptar medidas demasiado restrictivas del tráfico internacional cuando haya alternativas razonables para lograr un nivel adecuado de protección de la salud. El RSI destaca la importancia de la comunicación eficaz entre los Estados Partes y la OMS a fin de evitar interferencias evitables con el tráfico y el comercio. El RSI define como traba significativa «impedir la entrada o la salida internacionales de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, etc., o retrasarlas por más de 24 horas». En virtud del artículo 43, sin embargo, el RSI 2005 autoriza a los Estados Partes a aplicar medidas adicionales en respuesta a un riesgo específico para la salud pública o a una ESPII. Esas medidas pueden incluso prevalecer sobre otras disposiciones del RSI. Cuando un Estado Parte adopte medidas adicionales de ese tipo, que supongan una traba relevante para los viajeros, los vehículos de transporte y las mercancías internacionales, el Estado Parte deberá informar a la OMS y justificar las medidas desde el

punto de vista de la salud pública. Seguidamente la OMS deberá compartir esa información con los otros Estados Partes, y podrá solicitar al Estado Parte que haya aplicado esas medidas adicionales que reconsidere esa decisión.

## **Función 7: Aplicación del RSI en relación con los derechos humanos**

20. La aplicación del RSI 2005 «con respeto pleno de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas» es uno de los principios básicos establecidos en el artículo 3. Este principio se refleja continuamente en el texto del Reglamento Sanitario Internacional. Por ejemplo, en el artículo 23 se considera que se requiere el consentimiento informado (salvo en caso de riesgo inminente de salud pública para otros) para las exploraciones médicas, la vacunación, la profilaxis y otras medidas de salud. El artículo 43 estipula además que las medidas de salud adoptadas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional «se aplicarán de manera transparente y no discriminatoria». El artículo 45 detalla cómo se deben tratar y proteger los datos personales para garantizar la confidencialidad.

## **Función 8: Puntos de entrada y documentos de viaje**

21. Las medidas adoptadas por los Estados Partes en los puntos de entrada tienen la finalidad de prevenir y reducir la propagación de los riesgos de salud pública causados por el tráfico internacional, incluidos viajeros, vehículos de transporte y mercancías (5). El RSI define los puntos de entrada como «un paso para la entrada o salida internacionales de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales, así como los organismos y áreas que presten servicios para dicha entrada o salida». El RSI obliga a los Estados Partes a designar como puntos de entrada aeropuertos y puertos internacionales y, si se considera necesario por razones de salud pública, pasos fronterizos terrestres. Al igual que ocurre con las otras capacidades básicas, se dan plazos para que los Estados evalúen (junio de 2009) y luego garanticen (15 de junio de 2012) determinadas capacidades básicas en esos puntos de entrada designados. Esos requisitos comprenden capacidades que deben estar operativas en todo momento y otras que se han de poder activar como parte de una respuesta de emergencia (6). El RSI contempla también intervenciones y disposiciones detalladas para reducir la propagación internacional de enfermedades mediante medidas ordinarias, como la aplicación de procedimientos de inspección y la emisión de documentos sanitarios (por ejemplo certificados de sanidad a bordo de una embarcación, certificados de vacunación y otras declaraciones de medidas profilácticas y sanitarias).

### **Referencias**

1. *International Health Regulations (2005)*, 2<sup>nd</sup> ed. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. World Health Organization. IHR Core Capacity Monitoring Framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties. February 2011. [http://www.who.int/ihr/IHR\\_Monitoring\\_Framework\\_Checklist\\_and\\_Indicators.pdf](http://www.who.int/ihr/IHR_Monitoring_Framework_Checklist_and_Indicators.pdf)
3. World Health Organization. IHR brief I: Introduction to the IHR (2005). 1 January 2007. <http://www.who.int/ihr/ihrbrief1en.pdf>
4. World Health Organization. IHR brief II: Notification and other reporting requirements under the IHR (2005). 1 January 2007.

5. World Health Organization. IHR brief III: Points of entry under the IHR (2005). 1 January 2007. [http://www.who.int/ihr/ihr\\_brief\\_no\\_3\\_en.pdf](http://www.who.int/ihr/ihr_brief_no_3_en.pdf)
6. World Health Organization. IHR (2005): assessment tool for core capacity requirements at designated airports, ports and ground crossings. Oct 2009. [http://www.who.int/ihr/ports\\_airports/PoE\\_Core\\_capacity\\_assessment\\_tool.pdf](http://www.who.int/ihr/ports_airports/PoE_Core_capacity_assessment_tool.pdf)

## Apéndice IV

**EQUIPOS TÉCNICOS Y MANDATO PARA LA GRIPE POR H1N1****1. Vigilancia y evaluación de la pandemia (GIP, GAR, IHR)**

1. Seguir de cerca y evaluar a nivel regional y mundial los progresos, la transmisión y la repercusión de la infección humana a fin de proporcionar a los países, el público y los asociados la mejor información disponible para actuar:

- Información regular, puntual y autorizada sobre la propagación y el impacto de la enfermedad
  - Proporcionar normas y mecanismos de notificación para la agregación de datos
  - Reforzar y usar las redes de vigilancia existentes
  - Generar datos epidemiológicos combinados y descriptivos
  - Reunir, analizar y sintetizar las notificaciones nacionales y regionales de casos de gripe por H1N1 para transformarlas en productos de información mundial
- Identificación, verificación y caracterización rápidas de los eventos en los países recientemente afectados
  - Usar el sistema de alerta y respuesta de la OMS, incluidos los Centros Nacionales de Enlace para el RSI y las oficinas de país y regionales de la OMS
- Evaluación permanente de la pandemia
  - Obtener datos de tendencia clínicos, epidemiológicos y virológicos, en particular sobre la resistencia a los antivirales
  - Apoyar los sistemas de previsión y modelización para fundamentar la evaluación de riesgo permanente
  - Supervisar las medidas nacionales de control, de conformidad con las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

**2. Apoyo a la atención al paciente (GIP, GAR)**

2. Apoyar las actividades nacionales, regionales e internacionales de evaluación, respuesta y mitigación mediante la obtención de conocimientos científicos basados en la evidencia que se compartan rápidamente para imprimir la máxima eficacia a las intervenciones:

- Instrumentos y directrices basadas en la evidencia para una atención eficaz a los pacientes, incluidas la atención hospitalaria, comunitaria y domiciliaria

- Crear redes de expertos y convocarlas para reunir y evaluar los conocimientos del momento sobre la enfermedad y la eficacia de las intervenciones
- Procurar que los instrumentos y normas reflejen los mejores conocimientos disponibles, en particular en los siguientes ámbitos:
  - Laboratorio y virología
  - Medios de diagnóstico y bioseguridad
  - Tratamiento clínico
  - Control de las infecciones
- Velar por que las enseñanzas y las prácticas óptimas derivadas de los países afectados sean documentadas y compartidas con rapidez
- Instrumentos y normas difundidos y adaptados para uso de los países y la comunidad
- Orientación técnica para el uso de antivirales y otras intervenciones farmacéuticas
  - Elaborar y difundir recomendaciones sobre su uso seguro, oportuno y eficaz
  - Formular directrices para la vigilancia de la resistencia y de la aparición de eventos adversos graves
  - Ofrecer a los países en desarrollo orientaciones de política para vigilar los efectos adversos y la farmacoresistencia
  - Proporcionar apoyo técnico y directrices de política a los países acerca de los aspectos normativos, la gestión de la cadena de suministros y la elaboración de preparados adicionales cuando sea necesario.

### **3. Respuesta y capacidad de laboratorio (GIP, IHR, GAR)**

3. Coordinar las actividades nacionales, regionales y mundiales de diagnóstico, vigilancia y respuesta de laboratorio, aportar datos virológicos y prestar apoyo a intervenciones farmacéuticas y no farmacéuticas

- Respuesta de laboratorio y vigilancia del virus eficientes a través de la RMVG
- Protocolos y reactivos de diagnóstico de laboratorio fiables
- Virus actualizados para el desarrollo y producción de vacuna antipandémica
- Vigilancia en tiempo real de la vulnerabilidad de los virus emergentes a los antivirales

- Apoyo a la creación de capacidad de laboratorio para la respuesta a la pandemia a corto plazo y la creación de capacidad a largo plazo.

#### **4. Medidas sociales e individuales (GIP, GAR, HPR)**

4. Apoyar las actividades nacionales, regionales e internacionales de evaluación, respuesta y mitigación mediante la obtención de conocimientos científicos basados en la evidencia que se compartan rápidamente para imprimir la máxima eficacia a las intervenciones

- Instrumentos y directrices basadas en la evidencia para adoptar medidas sociales e individuales eficaces para la prevención de la infección
  - Crear redes de expertos y convocarlas para reunir y evaluar los conocimientos del momento sobre la enfermedad y la eficacia de las intervenciones
  - Procurar que los instrumentos y normas reflejen los mejores conocimientos disponibles, en particular en los siguientes ámbitos:
    - Intervenciones no farmacéuticas sociales/domiciliarias
    - Salud ocupacional
  - Velar por que las enseñanzas y las prácticas óptimas derivadas de los países afectados sean documentadas y compartidas con rapidez
  - Difundir los instrumentos y normas y adaptarlos para uso de los países y la comunidad.

#### **5. Planificación del desarrollo y la distribución de vacunas (IVB/IVR, GIP, GAR)**

5. Facilitar y acelerar la disponibilidad de vacunas de calidad y el acceso de los países a las mismas

- Aceleración de la producción de vacunas de calidad y del acceso a ellas
  - Establecer la capacidad inicial de producción mundial
  - Acelerar la producción mediante la intervención de los centros colaboradores
  - Facilitar la adquisición y transferencia de tecnología
  - Garantizar la calidad de las vacunas adquiridas por los organismos de las Naciones Unidas
  - Facilitar la coordinación de las normas reguladoras entre las autoridades nacionales y con los órganos supranacionales

- Orientación técnica para la introducción y el uso de vacunas
  - Formular recomendaciones de política sobre las estrategias de vacunación óptimas
  - Elaborar directrices e instrumentos conexos para facilitar el despliegue rápido y puntual de las vacunas
  - Proporcionar apoyo técnico y directrices de política a los países acerca de los aspectos normativos de la aprobación acelerada de vacunas por las autoridades nacionales
  - Formular directrices para la vigilancia poscomercialización y la seguridad y eficacia de las vacunas
  - Proporcionar apoyo técnico a los países para la distribución de vacunas.

## **6. Operaciones (GAR, GIP, HAC, IVB/IVR)**

6. Proporcionar orientación accesible y asistencia técnica directa (en apoyo de las oficinas regionales y en estrecha colaboración con ellas) para el fortalecimiento de la capacidad y el apoyo sobre el terreno a los países y comunidades para las actividades de preparación sanitaria y mitigación, sobre todo en las regiones más vulnerables del mundo

- Suministro de orientación estratégica y técnica adaptada para la aplicación nacional y comunitaria
  - Apoyar el desarrollo y el perfeccionamiento de los planes y estrategias nacionales, regionales y locales para prevenir, afrontar y mitigar la pandemia, incluida orientación para la adopción de medidas de control en las fronteras y puntos de entrada
  - Apoyar la planificación, la asignación de prioridades y la coordinación de la respuesta nacional
  - Preparar material de formación y adaptar la documentación técnica al contexto, incluidos mecanismos de detección y alerta rápida y de investigación, acceso a medios de diagnóstico, control de las infecciones, tratamiento de los casos e intervenciones comunitarias
  - Preparar material y adaptar la documentación técnica al contexto regional, subregional y nacional específico, según proceda
  - Elaborar marcos e instrumentos de triaje, planificación del redoblamiento rápido de la capacidad, directrices clínicas, etc. para responder a la pandemia
- Suministro de asistencia técnica directa y apoyo sobre el terreno a los países destinatarios
  - Preparar material para misiones específicas, incluidos mecanismos de capacitación y retroalimentación posmisión

- Usar la plataforma operacional integrada para organizar y respaldar el despliegue de equipos multidisciplinarios de expertos
  - Acceder a recursos técnicos y científicos a través de redes mundiales y regionales, en particular de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN)
  - Apoyar las campañas de educación sanitaria para mejorar la preparación de la comunidad y la resiliencia ante la pandemia
  - Mejorar la capacidad de los países para comunicar eficazmente los riesgos
  - Manejar y financiar el sistema de envío de muestras gripales en apoyo de unos medios de diagnóstico rápidos y fiables
- Apoyo a las medidas urgentes de formación y organización de talleres con miras a la preparación, la mitigación y la intervención de la comunidad
    - Organizar cursos de capacitación y talleres a nivel regional y subregional, haciendo hincapié en los medios necesarios para maximizar el alcance
    - Crear mecanismos institucionales para el fortalecimiento continuo de la preparación de los servicios de salud, abarcando la capacitación, las simulaciones y los ensayos de planes de respuesta a emergencias
    - Crear capacidad de comunicación de riesgos en todo el sistema de salud, incluida la comunidad

7. Desarrollar y mejorar la capacidad de los países para evaluar los puntos de entrada y las fronteras y los pasos fronterizos terrestres

- Coordinación de la distribución de las reservas internacionales de antivirales disponibles
  - Distribuir las reservas a los países destinatarios
- Facilitación del acceso a suministros y equipo fundamentales en los países destinatarios
  - Prestar apoyo técnico y orientación normativa a los países para mejorar el suministro de vacunas, antivirales y otros medicamentos esenciales y el acceso a los mismos
- Coordinación de las actividades con los Estados Miembros de la OMS, utilizando el marco del Reglamento Sanitario Internacional, a través de las oficinas regionales y en los países y de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI.

## **7. Documentos técnicos y publicaciones (GIP, GAR)**

- Seguimiento de toda la documentación técnica relativa a la gripe pandémica por H1N1, desde el concepto hasta la autorización para su publicación en la web, velando por que se apli-



quen los procedimientos institucionales habituales de la OMS relacionados con las publicaciones

- Facilitar la aprobación de todos los documentos por el personal directivo superior en la fase inicial de planificación
- Facilitar las colaboraciones y el examen de los textos en todas las disciplinas y departamentos a lo largo de la fase de desarrollo
- Realizar tareas de supervisión editorial y de maquetación y proponer recomendaciones al grupo de gestión de la pandemia y al Subdirector General
- Facilitar la aprobación de los documentos finalizados por el personal directivo superior
- Mantener la base de datos de todos los documentos en las fases de planificación, desarrollo y publicación
- Coordinar las publicaciones técnicas con las actividades de los medios de difusión y las comunicaciones

## **8. Medios de difusión y comunicaciones (GAR, GIP, DGO)**

- Dirigir las comunicaciones externas sobre la respuesta a través de los medios de difusión y de la web, y apoyar a los Estados Miembros en sus comunicaciones sobre la pandemia
- Planificar proactivamente las declaraciones públicas de la OMS
- Velar por que se elaboren notas informativas, preguntas frecuentes, puntos a tratar y demás material en apoyo de una comunicación eficaz por parte del personal técnico y de comunicaciones designado
- Gestionar las ruedas de prensa
- Gestionar las respuestas a las preguntas de los medios, con el personal técnico designado y el Equipo de Comunicaciones sobre el H1N1, usando los puntos a tratar acordados para responder a las preguntas de los medios de forma coordinada
- Seguir de cerca la cobertura mediática sobre el virus H1N1 y los debates al respecto organizados en otros foros de comunicación
- Mantener, elaborar y actualizar las secciones de información pública del sitio web sobre la gripe por H1N1; aprovechar las nuevas tecnologías para aumentar la proyección exterior electrónica
- Coordinarse con las publicaciones técnicas

- Coordinar, orientar y apoyar, con el concurso de las oficinas regionales y en los países, la creación de capacidad de comunicación sobre la pandemia en los Estados Miembros (como parte de las operaciones).

## **9. Conocimientos científicos y lagunas de información (GIP, GAR, IVR, RPC)**

- Vigilar la eficacia de la respuesta, y determinar las lagunas de conocimientos y las lecciones aprendidas y su aplicación a la agenda de investigaciones en salud pública
- Facilitar la adopción y coordinación de la agenda de investigaciones en salud pública en cinco ámbitos:
  - reducción del riesgo de redistribución del virus pandémico con virus animales
  - limitación de la propagación de la gripe epidémica y pandémica
  - minimización de los efectos de la gripe estacional y pandémica
  - optimización del tratamiento de los pacientes con gripe estacional y pandémica, y
  - promoción de la aplicación de los instrumentos modernos de salud pública.

## **10. Movilización de recursos (ADGO / DGO)**

- Orientar a los equipos técnicos sobre el H1N1 acerca de los enfoques, estrategias y oportunidades de movilización de recursos
- Empezar actividades de promoción con los donantes potenciales
- Elaborar solicitudes dirigidas a los donantes
- Dar seguimiento a la presentación de informes a los donantes.

## **11. Gestión general: dotación de personal, financiación, apoyo interno a programas (ADGO)**

- Facilitar y orientar la asignación presupuestaria
- Seguir de cerca la ejecución de la financiación
- Coordinarse con otras áreas responsables del plan de trabajo sobre la gripe por H1N1 (DGO, Grupo de Administración General, HAC)
- Coordinar la distribución de recursos humanos a nivel mundial

- Gestionar las asignaciones y los gastos
- Prever apoyo de infraestructuras
- Desarrollar procedimientos administrativos para la ejecución en la Sede y a nivel regional, según proceda
- Coordinar la Administración con el Centro Mundial de Servicios y las oficinas regionales
- Proporcionar apoyo operacional para la respuesta de la OMS a la gripe por H1N1.

## **12. Gestión de la coordinación de la pandemia (ADGO/Pandemia/Grupo de Coordinación/Responsable de coordinación de la pandemia)**

- Dirigir y coordinar la labor de los equipos técnicos en la Sede
- Velar por que haya una coordinación adecuada en toda la OMS
- Establecer comunicación con las oficinas regionales, las oficinas en los países y los asociados
- Apoyar la movilización y la asignación de recursos
- Respaldar el funcionamiento de la plataforma común
- Apoyar al Subdirector General en su calidad de miembro del Grupo Superior de Políticas sobre la Pandemia
- Cerciorarse de que la respuesta de la OMS sea coherente con las decisiones y orientaciones del Grupo Superior de Políticas.

## **13. Cuestiones de política: liderazgo mundial, alianzas, equidad y acceso (ADGO/DGO)**

8. Ejercer el liderazgo mundial en el terreno de la salud y fomentar una colaboración regional y global eficaz en todos los sectores:

- Asegurar la coordinación de la respuesta mundial, incluidas fórmulas de colaboración y alianzas
- Proporcionar orientación a otros organismos, programas y fondos de las Naciones Unidas (incluidos vínculos con la Coordinación del Sistema de las Naciones Unidas para la Gripe) y a organizaciones intergubernamentales especializadas (por ejemplo la Organización Internacional para las Migraciones) para garantizar que las repercusiones sanitarias de la pandemia sean gestionadas eficazmente por el sistema de las Naciones Unidas

- Velar por que todos los sectores dispongan de información adecuada para reducir al mínimo las perturbaciones sociales y económicas
- Apoyar a los Estados Miembros, en colaboración con los asociados financieros, como el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo, el Fondo Monetario Internacional, fundaciones privadas, otras instituciones financieras internacionales y el sector privado en sus esfuerzos encaminados a mitigar el impacto de la pandemia y crear capacidad sostenible de salud pública
- Coordinarse y colaborar con el Comité Permanente entre Organismos

9. Facilitar y acelerar la disponibilidad de antivirales eficaces, vacunas, otros productos básicos y financiación, así como el acceso a ellos por parte de los países:

- Promover la producción de antivirales adecuados y su distribución equitativa
  - Establecer capacidad basal de producción de antivirales
  - Abogar por el uso de contratos de compra y de precios negociados en los países en desarrollo.

Equipos técnicos y departamentos clave con una lista detallada de sus responsabilidades y actividades. GIP, Programa Mundial de la Gripe; GAR, Alerta y Respuesta Mundiales; IHR, Reglamento Sanitario Internacional; IVB/IVR, Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos, e Iniciativa para la Investigación de Vacunas; HPR, Unidad de Promoción de la Salud; HAC, Acción Sanitaria en las Crisis; DGO, Oficina del Director General; ADGO, Oficina del Subdirector General; RPC, Política y Cooperación en materia de Investigaciones.

## Apéndice V

**FUNCIONES BÁSICAS DE GESTIÓN DE LA PANDEMIA****Cuestiones de política: liderazgo mundial, alianzas, equidad y acceso**

Ejercer el liderazgo mundial en el terreno de la salud para apoyar la colaboración regional y global, y facilitar acelerar el acceso de los países a los recursos.

**Gestión de la coordinación de la pandemia**

Dirigir y coordinar los equipos técnicos en la sede de la OMS y establecer comunicación con las oficinas regionales y los asociados.

**Movilización de recursos**

Promoción y movilización de recursos con los donantes potenciales.

**Conocimientos científicos y lagunas de información**

Delimitar, vigilar y corregir las lagunas de conocimientos científicos.

**Medios de difusión y comunicaciones**

Proporcionar comunicaciones de apoyo en los medios y la web, y formación a los Estados Miembros.

**Documentos técnicos y publicaciones**

Planificar, seguir de cerca y editar toda la documentación técnica.

**Gestión general**

Dotación de personal, financiación, apoyo interno a programas para las actividades relacionadas con la pandemia por H1N1.

**Planificación del desarrollo de vacunas**

Facilitar y seguir de cerca el desarrollo de vacunas y las medidas de regulación y las políticas conexas.

**Planificación de la distribución de vacunas**

Facilitar y acelerar el acceso de los países a vacunas de calidad.

**Grupo especial sobre antivirales**

Facilitar y acelerar el acceso de los países a antivirales de calidad.

**Operaciones**

Proporcionar orientación y asistencia técnica a las oficinas regionales y en los países para el fortalecimiento de la capacidad y el apoyo sobre el terreno.

**Respuesta y capacidad de laboratorio**

Coordinación de los laboratorios de gripe nacionales, regionales y mundiales en materia de diagnóstico, vigilancia, respuesta y vacunas.

**Vigilancia y evaluación**

Seguimiento y evaluación de la evolución, la transmisión y el impacto de la enfermedad a nivel regional y mundial.

**Apoyo a la atención al paciente**

Apoyo a las actividades nacionales, regionales y mundiales sobre la atención al paciente.

**Medidas sociales e individuales**

Apoyo a las actividades de evaluación, respuesta y mitigación a nivel nacional, regional y mundial en relación con las medidas sociales e individuales.

**Fuente:** WHO Headquarters Pandemic (H1N1) 2009 Organizations and Resources. A World Health Organization brochure.

## Apéndice VI

**DOCUMENTOS INTERNOS DE LA OMS CONSULTADOS  
POR EL COMITÉ DE EXAMEN**

1. La Secretaría de la OMS preparó una serie de notas informativas para el Comité de Examen mediante las que se ofreció a esta información relacionada con cuestiones como las siguientes: RSI; preparación frente a pandemias; fases de la pandemia; gravedad de la pandemia; vacuna antipandémica; medicamentos antivíricos; vigilancia virológica; vigilancia de la enfermedad; respuesta de laboratorio; medidas de salud pública, y Grupo de trabajo de composición abierta de Estados Miembros sobre preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios. El Comité tuvo acceso a una serie de estudios en que se evaluaba el funcionamiento del anexo 2 del RSI (es decir, el instrumento de decisión para la evaluación y la notificación de eventos de salud pública por los Estados Partes), así como a informes sobre los avances logrados en la aplicación del Reglamento. A petición del Comité, la Secretaría de la OMS ideó una matriz de las funciones esenciales de salud pública del RSI e informó acerca de una amplia variedad de eventos no pandémicos que habían sido notificados a la OMS desde la entrada en vigor del RSI. El Comité seleccionó varios eventos y pidió a la Secretaría que preparase un resumen de cada uno para facilitar la evaluación de las funciones de salud pública del RSI.
2. La OMS ofreció al Comité acceso ilimitado a diversos documentos internos, entre ellos las actas de las reuniones del Comité de Emergencias, el Grupo Superior de Políticas, el Grupo de Evaluación de la Pandemia y el Grupo Asesor Especial sobre la vacuna contra la gripe por A (H1N1). Otros documentos consultados fueron las actas de teleconferencias en que participaron las oficinas regionales de la OMS, Centros Colaboradores de la OMS y Laboratorios Reguladores Esenciales, la Federación Internacional de la Industria del Medicamento y otros fabricantes de vacunas, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y OFFLU (la red mundial OIE-FAO de expertos en gripes animales).
3. Los miembros del Comité firmaron un acuerdo en el que se comprometieron a no revelar la información para poder examinar documentos legales de carácter confidencial, como los acuerdos sobre vacunas.
4. También se pusieron a su disposición aportaciones escritas de los Estados Miembros y las transcripciones completas de pruebas testimoniales obtenidas por el Comité.

## Apéndice VII

**EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA PANDEMIA POR PARTE DE LA OMS:  
FECHAS CLAVE DE 2009**

**28 de abril:** Sobre la base de los datos cuantitativos y cualitativos preliminares reunidos acerca de las repercusiones sanitarias de la gripe por A (H1N1) 2009 en México, los Estados Unidos de América y el Canadá, una evaluación interna de la OMS concluye que los datos clínicos, epidemiológicos y de vigilancia son insuficientes para evaluar la gravedad del evento a nivel mundial. La OMS sigue recabando datos de los países afectados.

**29 de abril:** Los países afectados suministran más datos en una teleconferencia científica especial organizada por la OMS (1). No se han usado instrumentos de notificación normalizados, lo que impide hacer comparaciones directas de los datos entre países. México notifica 26 casos confirmados (siete defunciones), 1551 casos sospechosos (84 defunciones) y muchos casos graves. Los Estados Unidos informan de 64 casos confirmados (una muerte) en 14 estados; los primeros casos consisten en cuadros leves de tipo gripal, pero algunos de los casos más recientes notificados son graves. Los 13 casos confirmados en el Canadá corresponden a cuadros gripales leves.

**29 de abril:** El Centro de Análisis y Modelización de Brotes Epidémicos del Consejo de Investigaciones Médicas del Imperial College de Londres, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, elabora un informe confidencial para la OMS en el que se exponen las primeras conclusiones: «La mortalidad de casos se sitúa en el margen de las observadas en las pandemias del siglo XX, calculándose (a partir de los datos de México) algo comparable (o tal vez un poco peor) a la de 1957.» El informe concluye que: «La estacionalidad y otros factores hacen imposible cualquier predicción sobre la evolución de la pandemia en las próximas semanas. Cabe prever sin embargo que la transmisión en la comunidad se mantendrá y se extenderá».

**30 de abril:** Se empieza a trabajar con una serie de tablas de datos para determinar la gravedad y elaborar perfiles de países.

**1 de mayo:** La OMS prepara tablas preliminares de evaluación de la gravedad a partir de la información recibida, que se envían a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI a efectos de verificación.

**5 de mayo:** Los países proporcionan datos clínicos y epidemiológicos actualizados, así como datos cualitativos simples sobre la gravedad, utilizando una matriz ideada por la OMS en una consulta técnica de la Organización sobre la gravedad de la enfermedad (2). El objetivo es obtener algún indicio cualitativo global sobre la gravedad. Los participantes califican el nivel de gravedad de la enfermedad en sus países como intermedio o moderado. Se llega a la conclusión de que todavía no es posible dar respuesta a muchas preguntas, de que la situación probablemente evolucionará con el tiempo y de que, aunque hasta ahora la enfermedad ha tenido carácter leve, una mayor propagación del virus se traducirá probablemente en un mayor número de casos graves y defunciones.

**11 de mayo:** Se cuelga en el sitio web de la OMS una nota sobre la evaluación de la gravedad de la gripe pandémica para comunicar observaciones basadas en datos e información preliminares sobre el nivel de gravedad (3).

**11 de mayo:** En un artículo de publicación rápida en línea aparecido en *Science* se analizan las implicaciones de la gravedad de la enfermedad (4).



**29 de mayo:** Se publican las consideraciones a realizar para determinar la gravedad de una pandemia de gripe (5); en ellas se describe el marco de la OMS para evaluar la gravedad y se resumen diversos datos de interés.

**1 de junio:** En una consulta de la OMS realizada mediante seis teleconferencias regionales los participantes llegan a la conclusión de que la enfermedad no tiene las características de la gripe estacional, pero no es tampoco tan grave como la pandemia de 1918. El número de casos de síndrome gripal es importante, pero el impacto en los sistemas de salud es moderado.

**11 de junio:** La Directora General de la OMS declara públicamente que «Aunque la gravedad de la pandemia parece moderada en los países relativamente ricos, es prudente prever que el panorama se ensombrecerá cuando el virus se propague a zonas donde los recursos son limitados, la atención de salud es mala y donde se registra una elevada prevalencia de otros problemas médicos.» (6)

**11 de junio:** Se cuelgan en el sitio web de la OMS unas preguntas y respuestas sobre la fase 6 en las que se hace referencia a la gravedad de la enfermedad (7).

**20 de noviembre:** Se publican estimaciones sobre la tasa de reproducción del virus (8).

**22 de diciembre:** Se publica una nota informativa en la que se compara la mortalidad asociada a la pandemia y la mortalidad por gripe estacional (9).

## Referencias

1. World Health Organization. WHO ad hoc scientific teleconference on the current influenza A(H1N1) situation. 29 April 2009.  
[http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/TCReport2009\\_05\\_04.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/TCReport2009_05_04.pdf)
2. World Health Organization. WHO technical consultation on the severity of disease caused by the new influenza A (H1N1) virus infections. 6 May 2009.  
[http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/Report\\_20\\_05MayTeleconferencex.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/Report_20_05MayTeleconferencex.pdf)
3. World Health Organization. Assessing the severity of an influenza pandemic. 11 May 2009.  
[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease\\_swineflu\\_assess\\_20090511/en/](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/en/)
4. Fraser C et al. Pandemic potential of a strain of influenza A(H1N1): early findings. *Science*. 2009; 324(5934): pp. 1557-61.
5. Considerations for assessing the severity of an influenza pandemic. *Weekly Epidemiological Record*. 2009; 84(22): pp. 197–202.
6. World Health Organization. Statement by Director-General, Dr Margaret Chan. World now at the start of 2009 influenza pandemic. 11 June 2009.  
[http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1\\_pandemic\\_phase6\\_20090611/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/index.html)
7. World Health Organization. Frequently asked questions. What is phase 6? 11 June 2009.  
[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/levels\\_pandemic\\_alert/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/levels_pandemic_alert/en/index.html)

8. Transmission dynamics and impact of pandemic influenza A (H1N1) 2009 virus. *Weekly Epidemiological Record*. 2009; 84(46): pp. 481-4.
9. World Health Organization. Comparing deaths from pandemic and seasonal influenza: pandemic (H1N1) 2009 briefing note 20. 22 December 2009.  
[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing\\_20091222/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091222/en/index.html)

## Apéndice VIII

**GLOSARIO DE ABREVIATURAS**

**ACI** Consejo Internacional de Aeropuertos

**ADG** Subdirector General

**ADGO** Oficina del Subdirector General

**AFRO** Oficina Regional para África

**AMRO** Oficina Regional para Las Américas

**CC OMS** Centro Colaborador de la OMS

**CDC** Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Estados Unidos de América

**CE** Comité de Emergencias

**CNE** Centro Nacional de Enlace para el RSI

**DCVMN** Red de Fabricantes de Vacunas de los Países en Desarrollo

**DDG** Director General Adjunto

**DG** Director-General

**DGO** Oficina del Director General

**ECDC** Centros Europeos para el Control y la Prevención de Enfermedades

**EMA** Agencia Europea de Medicamentos

**EMRO** Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental

**ESPII** Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional

**EURO** Oficina Regional para Europa

**FAO** Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

**FIIM** Federación Internacional de la Industria del Medicamento

**GAP** Plan de Acción Mundial para aumentar el suministro de vacunas contra la gripe pandémica

**GAR** Alerta y Respuesta Mundiales

**GIP** Programa Mundial de la Gripe

**GOARN** Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos

**GRADE** Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

**GSP** Grupo Superior de Políticas

**HAC** Acción Sanitaria en las Crisis

**HSE** Seguridad Sanitaria y Medio Ambiente

**IATA** Asociación de Transporte Aéreo Internacional

**IHR** Reglamento Sanitario Internacional

**IVB** Vacunas y Productos Biológicos

**LRE** Laboratorios Reguladores Esenciales

**OACI** Organización de Aviación Civil Internacional

**OIE** Organización Mundial de Sanidad Animal

**OIEA** Organismo Internacional de Energía Atómica

**OMS** Organización Mundial de la Salud

**OPS** Organización Panamericana de la Salud

**RMVG** Red Mundial de Vigilancia de la Gripe

**RSI** Reglamento Sanitario Internacional (2005)

**SAGE** Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización

**SEARO** Oficina Regional para Asia Sudoriental

**SHOC** Centro Estratégico de Operaciones Sanitarias

**SRAS** Síndrome Respiratorio Agudo Severo

**UNICEF** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

**UNSIC** Coordinación del Sistema de las Naciones Unidas para la Gripe

**WPR** Región del Pacífico Occidental

**WPRO** Oficina Regional para el Pacífico Occidental

= = =