

Informe de la reunión

1. La sexta reunión del Comité Permanente sobre Prevención, Preparación y Respuesta frente a Emergencias Sanitarias (en adelante, «el Comité Permanente») se celebró en formato virtual el 14 de abril de 2025. La Vicepresidenta del Comité Permanente, la Sra. Christine Harmston (Canadá) presidió la reunión. En su alocución de apertura, expresó las disculpas del Presidente, el Dr. Bellefquih (Marruecos), que no pudo participar en la reunión. También hizo referencia a la decisión EB156(39) (2025), por la que el Consejo Ejecutivo había acordado prorrogar el mandato del Comité Permanente hasta la clausura de la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2026, adoptar el mandato enmendado del Comité Permanente y pedir al Director General que preparara un informe, para su examen por el Consejo Ejecutivo en su 158.^a reunión, sobre los mandatos y las funciones de los diferentes mecanismos de gobernanza y supervisión para las emergencias sanitarias.
2. El Director General dio la bienvenida a todos los participantes y tomó nota de la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo de prorrogar el mandato del Comité Permanente hasta el final de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2026. Señaló los enormes cambios que se habían producido recientemente en el panorama de la salud mundial, que habían afectado a los programas de control de enfermedades que salvaban vidas, a los servicios de salud esenciales y a la respuesta a las emergencias humanitarias en todo el mundo. Se refirió a las emergencias de salud que seguían estando presentes en diferentes países y a la labor que la OMS realizaba con los siguientes fines: brindar apoyo a los países para que fortalecieran sus sistemas de salud, escudriñar el mundo para detectar indicios de brotes y otras emergencias y reunir a los países para brindar una respuesta conjunta a las amenazas que afectaban a todos. Informó sobre los preparativos para la entrada en vigor de las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) y sobre la labor que estaba llevando a cabo el Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar un acuerdo de la OMS sobre pandemias.
3. La Vicepresidenta presentó el orden del día, que fue aprobado.
4. La Secretaría hizo una exposición sobre la emergencia de salud pública de importancia internacional debida al poliovirus, y se refirió de forma general a los casos recientes de infección por poliovirus en la Región del Mediterráneo Oriental, así como a las actividades de vacunación, integración y vigilancia que contribuían a erradicar esa enfermedad. Aunque los datos disponibles indicaban que la transmisión mundial del poliovirus salvaje de tipo 1 se limitaba geográficamente a los dos países donde era endémico, a saber, el Afganistán y el Pakistán, en 2024 se había observado una propagación geográfica y un aumento de la transmisión dentro de esos dos países. De conformidad con lo aconsejado por el Comité de Emergencias en su 41.^a reunión celebrada en marzo de 2025, el Director General determinó que la propagación internacional de poliovirus

seguía siendo una emergencia de salud pública de importancia internacional y prorrogó las recomendaciones temporales dirigidas a los países donde había infección por poliovirus o a los que seguían siendo vulnerables a la reinfección. Durante el debate se plantearon los siguientes puntos principales:

- a) Era necesario seguir centrando los esfuerzos en los siguientes ámbitos: aumentar la cobertura de la inmunización, sobre todo en las zonas de difícil acceso, e incrementar el uso de las vacunas colaborando con las comunidades locales y los agentes de salud comunitarios; reforzar la vigilancia, incluida la ambiental, y potenciar la labor transfronteriza. Esa labor se vería favorecida por una reestructuración de los métodos de análisis del riesgo.
- b) Era importante lograr que la colaboración con otros asociados y organizaciones fuera más eficiente, entre otras cosas estudiando modelos de financiación mediante copagos, cofinanciación y reasignación de préstamos y subvenciones nacionales.
- c) Se animó a los Estados Miembros que habían sido declarados libres de poliomielitis a que siguieran adoptando todas las medidas necesarias para mantener esa condición.
- d) Los problemas relacionados con la continuidad de los servicios y la financiación ponían en peligro la sostenibilidad de los logros alcanzados hasta la fecha y aumentaban el riesgo de que la transmisión se extendiera a otros países o regiones. Teniendo en cuenta lo anterior, sería necesario dar prioridad a las iniciativas encaminadas a erradicar la poliomielitis en la labor futura de la Organización.

5. La Secretaría informó al Comité Permanente sobre el recrudecimiento de la viruela símica (mpox) que en agosto de 2024 se había declarado emergencia de salud pública de importancia internacional. De enero de 2022 al 28 de febrero de 2025 se habían registrado 133 018 casos confirmados y 293 fallecidos en un total de 131 países. Si bien en la mayoría de las regiones se notificaba un escaso nivel de transmisión, en la Región de África se estaba registrando el mayor nivel de notificación de su historia: alrededor de 3000 nuevos casos confirmados al mes. En la República Democrática del Congo, Burundi y Uganda seguía habiendo brotes importantes, que representaban alrededor del 95 % de todos los casos confirmados en 2025. El clado Ib del virus de la mpox se había detectado en 28 países: entre los 16 que estaban situados fuera de la Región de África, la mayoría habían notificado importaciones aisladas que no habían dado lugar a transmisión comunitaria local. La expansión más rápida del virus se había observado en las áreas afectadas por el clado Ib. Por primera vez en la historia se habían exportado fuera de la Región de África casos provocados por el clado Ia, lo que se debió en gran medida al aumento y el mantenimiento de la transmisión de esa cepa en las zonas urbanas de la República Democrática del Congo. Un total de 1 137 300 dosis de la vacuna con el virus *vaccinia* de Ankara modificado del laboratorio Bavarian Nordic se habían asignado en dos rondas a 12 países a través del Mecanismo de Acceso y Asignación; al 7 de abril de 2025 se habían entregado 1 001 840 dosis de vacunas a nueve países. Durante el debate se plantearon los siguientes puntos principales:

- a) La transmisión comunitaria seguía impulsando el brote en la Región de África y, por consiguiente, la propagación dentro y fuera de ella mediante casos relacionados con viajes. Las iniciativas de respuesta exigían situar a las comunidades en el centro: son ellas las que debían hacer suya la respuesta y ponerla en práctica. Ello implicaba fomentar la confianza y hacer frente a la infodemia. Este enfoque había sido una prioridad fundamental para la OMS durante toda la respuesta y se seguiría aplicando.

b) La reciente reducción de la financiación había tenido un impacto inmenso en la capacidad de los países para realizar análisis de laboratorio y actividades de vigilancia y respuesta. Esa situación exigía reorganizarse y aprovechar otras actividades existentes para abordar de manera integral la mpox y otras enfermedades. Ello ponía de relieve la importancia de contar con sistemas de vigilancia y laboratorio que recibieran un apoyo integral destinado a todas las enfermedades, ya que, de lo contrario, un recorte en un ámbito tendría consecuencias en la respuesta global.

c) Dado que el mayor número de casos se seguía registrando en la Región de África, la OMS continuaría colaborando con los Estados Miembros y las organizaciones pertinentes, entre ellas los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África y la sociedad civil, a fin de optimizar el uso de los escasos recursos disponibles y dar prioridad a intervenciones específicas en zonas geográficas concretas.

6. La Secretaría ofreció un informe sobre la labor de fortalecimiento de la arquitectura mundial para la preparación, respuesta y resiliencia frente a emergencias sanitarias,¹ que incluye la interconexión de las redes e iniciativas en los cinco subsistemas conexos (vigilancia colaborativa, protección de la comunidad, atención segura y ampliable, acceso a contramedidas médicas y coordinación de emergencias). Durante el debate se plantearon los siguientes puntos principales:

a) Era imperativo que tanto los Estados Miembros como la Secretaría de la OMS evitaran toda duplicación de los marcos e iniciativas de preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias. Ello exigía que todos se esforzaran por armonizar en la medida de lo posible los marcos jurídicos existentes y por utilizarlos como base. La preparación, respuesta y resiliencia frente a emergencias sanitarias proporcionaba ese marco para la armonización y la eficiencia, por ejemplo, para contribuir a que los Estados Miembros cumplieran las obligaciones que les imponían el Reglamento Sanitario Internacional y el acuerdo sobre pandemias, si se adoptaba, y para aprovechar la ventaja comparativa de todos los implicados.

b) En el contexto de las dificultades financieras mundiales, era fundamental que los países optimizaran sus mecanismos nacionales de preparación y respuesta, entre otras cosas potenciando el uso compartido de los recursos entre los distintos sectores y aprovechando las alianzas con otras organizaciones internacionales.

c) Como parte de los exámenes nacionales realizados tras la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), se animó a los países a impulsar el espíritu de hacer más con menos que había sido necesario durante la respuesta a la pandemia.

d) Las consecuencias previstas a mediano y largo plazo de la actual desinversión en el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS debían quedar patentes en el ejercicio de establecimiento de prioridades que se estaba llevando a cabo, y se debía hacer hincapié en que había que preservar los subsistemas de preparación, respuesta y resiliencia frente a emergencias sanitarias, en especial las funciones relacionadas con la vigilancia, la atención segura y ampliable, y las cadenas de suministro. En el ejercicio de establecimiento de prioridades se debían tener en cuenta las necesidades y las deficiencias de los países en cuanto a las capacidades básicas. Se recomendó usar de forma más estratégica los centros

¹ Documento EB/SCHEPPR/6/4.

colaboradores de la OMS y perfeccionar la articulación con los sistemas nacionales, lo que permitiría suplir las deficiencias mundiales en otros ámbitos.

7. La Secretaría proporcionó un informe sobre la respuesta a las principales emergencias sanitarias en curso.² En 2024, la OMS había respondido en total a 51 emergencias clasificadas en 89 países y territorios, de las cuales 21 eran emergencias de grado 3, que requieren el nivel máximo de apoyo de toda la Organización, y 30 eran de grado 1 y de grado 2. Esas emergencias sanitarias tenían lugar en un contexto en que el número de crisis humanitarias y desastres relacionados con el clima iba en aumento, y en que casi 300 millones de personas de 72 países necesitaban asistencia humanitaria. La reducción de la financiación humanitaria había tenido un impacto inmediato en la atención, la cobertura y el acceso a la salud. En la actualidad, 37 millones de las personas más vulnerables no podían acceder a la atención médica que tanto necesitaban. Hasta la fecha, la OMS había registrado más de 3000 establecimientos de salud que suspenderían o limitarían sus servicios, entre ellos 1000 hospitales situados en 154 estados o provincias. Además, los continuos casos de violaciones del derecho internacional humanitario habían afectado considerablemente la capacidad de la ayuda y los trabajadores de la salud para llegar a los más necesitados. Los ataques contra los servicios de atención de la salud se estaban convirtiendo en una «nueva normalidad», y se había registrado un aumento drástico de los casos notificados a través del Sistema OMS de Vigilancia de Ataques contra la Atención Sanitaria: en 2024, 16 países o territorios habían notificado 1622 incidentes, 937 muertes y 1774 lesiones de pacientes o trabajadores de la salud. En particular, en múltiples regiones del mundo se estaban registrando brotes de cólera, dengue y mpox, así como casos de infección por los virus gripales de origen zoonótico en seres humanos.

8. El Comité Permanente examinó y adoptó el informe de la reunión, y esta se clausuró.

² Documento EB/SCHEPPR/6/3.