



Asamblea General

Distr. general
3 de noviembre de 2016
Español
Original: inglés

Septuagésimo primer período de sesiones

Tema 127 del programa

Salud mundial y política exterior

El estado de la seguridad sanitaria

Nota del Secretario General

El Secretario General transmite por la presente un informe proporcionado por la Organización Mundial de la Salud sobre el estado de la seguridad sanitaria, de conformidad con lo dispuesto en la resolución [70/183](#) de la Asamblea General.



Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre el estado de la seguridad sanitaria

Resumen

El presente informe ofrece una sinopsis del estado de la seguridad sanitaria a la luz de las deliberaciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el tema, conforme a lo dispuesto en la resolución [70/183](#) de la Asamblea General. En él se indican los factores causantes de crisis sanitarias internacionales y la marcha de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Se presenta información actualizada sobre la situación de la resistencia a los antimicrobianos, así como una sinopsis de la investigación y el desarrollo en el sector sanitario. También se examinan las novedades registradas en el ámbito de la supervisión de las crisis sanitarias internacionales.

I. Introducción

1. La crisis del ébola en África Occidental fue un trágico recordatorio de los numerosos problemas que sigue encontrando la gestión de las crisis sanitarias internacionales. El brote puso de relieve la necesidad de reforzar la cooperación internacional para mejorar la prestación de servicios públicos de atención sanitaria, coordinar mejor la asistencia y las intervenciones y aumentar la resiliencia de los sistemas nacionales de atención sanitaria. También recordó al mundo la posible repercusión socioeconómica, política y en el ámbito de la seguridad de las crisis sanitarias internacionales y su posible contribución a un aumento del riesgo de expansión geográfica y de propagación internacional. El brote sin precedentes de la fiebre amarilla en África Central en 2016 ha puesto en mayor evidencia los problemas y los posibles riesgos de propagación internacional de la enfermedad en el contexto de limitaciones en la disponibilidad de vacunas y deficiencias en los sistemas de prevención y control de las enfermedades.

2. Estas circunstancias aleccionadoras han elevado la visibilidad y la prioridad del discurso centrado en la seguridad sanitaria. En cumplimiento de la resolución [70/183](#) de la Asamblea General, titulada “Salud mundial y política exterior: fortalecimiento de la gestión de las crisis sanitarias internacionales”, el presente documento hace las veces de informe sobre el estado de la seguridad sanitaria mundial.

II. Factores causantes de crisis sanitarias internacionales

Peligros de infección

3. Los brotes nuevos o reaparecidos pueden propagarse con rapidez y de forma inesperada más allá de las fronteras, lo cual tiene repercusiones internacionales a gran escala. Como se señalaba sucintamente y con claridad en “Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias: informe del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias” ([A/70/723](#)):

otras enfermedades transmisibles continúan cobrándose la vida de millones de personas. Los recientes brotes de gripe (H1N1 y H5N1), el síndrome respiratorio agudo severo y el síndrome respiratorio del Oriente Medio han demostrado que la aparición de agentes patógenos nuevos o emergentes puede poner a prueba incluso los sistemas avanzados de salud de los países desarrollados. A pesar de sus devastadores efectos en África Occidental, el virus del Ébola no es el agente patógeno más virulento conocido por la humanidad. Los modelos matemáticos preparados por la Fundación Bill y Melinda Gates han demostrado que una cepa virulenta de un virus de la gripe que se transmita por el aire podría propagarse a todas las principales capitales mundiales en un plazo de 60 días, y causar la muerte de más de 33 millones de personas en un plazo de 250 días. No obstante la significativa amenaza, los esfuerzos mundiales para prepararse para las epidemias han sido lamentablemente insuficientes. Solo un tercio de los 196 Estados partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), instrumento jurídico mundial negociado para asegurar una alerta y respuesta tempranas a las pandemias, lo ha aplicado plenamente. Del mismo modo, solo una pequeña parte de la

inversión mundial en investigación y desarrollo de vacunas, diagnósticos y terapias se dedica a las nuevas enfermedades transmisibles que afectan principalmente a los países en desarrollo.

4. Además, con la rápida evolución de la tecnología y los datos y la creciente sensación de que el mundo está interconectado, los últimos años ha cambiado radicalmente el marco de prevención, detección, respuesta y gestión en relación con las epidemias mundiales. Algunas de las principales innovaciones se refieren a la gestión de los nuevos patógenos, así como a la de los que ya se conocen; el recurso a un espectro mucho más amplio de fuentes de información; la transición a un enfoque multisectorial; la participación y el empoderamiento de las comunidades locales en todos los aspectos de la preparación y la respuesta; y la conciencia de que la actividad y el comportamiento humanos son las principales causas de la aparición y amplificación de nuevos patógenos (la globalización, la alimentación, el comercio, el crecimiento demográfico, la urbanización, el turismo, la migración, etc.). Como consecuencia de ello, puede que muchos conceptos e intervenciones tradicionales, como la imposición de restricciones en puntos de entrada y de medidas de cuarentena, se hayan quedado anticuados y cada vez resulten más difíciles de ponerse en práctica. Por eso deben revisarse, y han de prepararse nuevos enfoques y estrategias a medida que las fronteras internacionales se vuelvan cada vez más porosas y la circulación de personas y bienes discurra por vías cada vez más numerosas y transitadas. Puede que los brotes de enfermedades sean inevitables, pero las epidemias se pueden prevenir.

Inestabilidad política e inseguridad

5. Según la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de la Secretaría, las necesidades humanitarias mundiales han alcanzado una magnitud nunca antes vista. A diciembre de 2015, se estimaba que había en el mundo unos 125 millones de personas necesitadas de asistencia humanitaria. Entre el 1 de enero y el 30 de septiembre de 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados respondieron a emergencias graves en 47 países, entre ellas 31 emergencias agudas y 16 emergencias prolongadas. Esta última categoría engloba la mayor parte de las actuales crisis humanitarias, cuya duración media es de siete años. En consecuencia, debe prepararse debidamente a los sistemas de salud para atender las necesidades sanitarias, agudas o a largo plazo, a fin de reducir al mínimo las principales repercusiones en la salud e incluso prevenirlas.

Ataques contra la atención sanitaria

6. La prestación de servicios de atención sanitaria durante emergencias se rige por normas como el derecho a la vida, el derecho a la dignidad, la igualdad de derechos de todas las personas y el derecho a la atención médica. En el Primer Convenio de Ginebra se hace un llamamiento a proteger y asistir a los heridos y los enfermos y a disponer de unidades y establecimientos sanitarios. La Carta Humanitaria y Normas Mínimas para la Respuesta Humanitaria protegen el derecho a asistencia humanitaria, y los principios humanitarios subrayan la importancia de la humanidad, la imparcialidad, la neutralidad y la independencia. El personal médico debe respetar la obligación de proteger y la ética de la profesión.

7. Sin embargo, puede que en muchas situaciones de emergencia sea difícil cumplir enteramente estas normas. Son frecuentes los casos de violencia, obstrucción y amenazas contra instalaciones, personal, pacientes, vehículos y suministros en el ámbito de la atención sanitaria. Hasta fechas recientes no se disponía de fuentes públicas de información consolidada sobre ataques dirigidos contra la atención sanitaria en contextos de emergencia. En ese sentido, la OMS preparó en 2016 el informe *Attacks on Health Care: Prevent, Protect, Provide* como primer intento de consolidar y analizar los datos procedentes de fuentes de dominio público¹. Aunque los datos no están completos, las constataciones arrojan luz sobre la gravedad y la frecuencia del problema. Durante los dos años transcurridos de enero de 2014 a diciembre de 2015 se denunciaron 594 ataques contra la atención sanitaria a raíz de los cuales murieron 959 personas y 1.561 resultaron heridas en 19 países con emergencias. Más de la mitad de los ataques iban dirigidos contra instalaciones de atención sanitaria, y un cuarto tuvo como víctimas a trabajadores sanitarios. Presuntamente, el 62% de los ataques iba dirigido deliberadamente contra la atención sanitaria.

Desplazamiento de la población y migración

8. En 2015 se observaron los niveles más altos de desplazamiento forzado registrados desde la Segunda Guerra Mundial. Esta situación pone de relieve la importancia de la salud de los refugiados y los migrantes en el discurso general sobre la seguridad sanitaria mundial. Efectivamente, las crisis humanitarias a gran escala que generan grandes desplazamientos de población plantean nuevos problemas de salud pública a la prestación de servicios de atención sanitaria a los migrantes y las comunidades de acogida. Ejemplos especialmente pertinentes de ello son el hacinamiento en los refugios o campamentos, un saneamiento inadecuado y el escaso grado de inmunidad de la población frente a los patógenos más habituales, todo lo cual eleva considerablemente el riesgo de que surjan brotes de enfermedades infecciosas. El carácter prolongado de muchos desplazamientos agrava la situación y pone al descubierto las limitaciones del actual marco de respuesta humanitaria por lo que se refiere a la asistencia a medio y a largo plazo.

9. No obstante, en el actual marco los equipos de respuesta pueden emprender con diligencia varias intervenciones en situaciones de emergencia a fin de reducir al mínimo los riesgos de ese tipo entre los migrantes y las poblaciones de acogida, concretamente en los ámbitos de la promoción de la salud, la vigilancia de enfermedades, las campañas de vacunación y la prestación de servicios de atención sanitaria. Las intervenciones a más largo plazo se centran en la creación de capacidad de gestión de los riesgos de emergencia. El objetivo último es conseguir que la gestión de la prestación de servicios de atención sanitaria y de asistencia humanitaria de otro tipo corresponda en última instancia al sistema nacional de atención sanitaria y que sea de carácter inclusivo y tenga en cuenta las necesidades de estas poblaciones vulnerables.

¹ Véase <http://www.who.int/hac/techguidance/attacksreport.pdf?ua=1>.

Urbanización y variaciones demográficas

10. Más de la mitad de la población mundial vive hoy en día en entornos urbanizados. Este proceso de urbanización, que sigue creciendo, alcanza su máxima intensidad en el mundo en desarrollo. Muchos elementos del marco humanitario y de desarrollo (por ejemplo, las modalidades de trabajo, las hipótesis de planificación y la metodología para detectar brotes y responder a ellos) deben revisarse y adaptarse a un contexto urbano.

11. En las recientes respuestas a los brotes de la fiebre amarilla, el zika y el ébola se ha determinado la necesidad de coordinar las iniciativas de los sectores privado, humanitario, de desarrollo y de la sociedad civil. Esa labor ha de ir dirigida a crear capacidad de análisis de las necesidades y la vulnerabilidad en el plano local, así como de ejecución en un entorno urbano de gran densidad demográfica.

Variaciones en las pautas meteorológicas y otros riesgos relacionados con el clima

12. Desde que en 2005 se aprobó el Marco de Acción de Hyogo², a escala local, nacional, regional y mundial se han emprendido con éxito iniciativas nacionales de reducción de los riesgos de desastre repentino. En el caso de algunos peligros el resultado de ello ha sido una disminución de la mortalidad. Se observó un ejemplo claro del éxito de esta labor durante el reciente fenómeno de El Niño/Oscilación Austral, que afectó a más de 41 millones de personas y dejó a las poblaciones vulnerables expuestas a condiciones ambientales extremas. La diligencia con que se gestionaron los riesgos sanitarios (por ejemplo, la malnutrición, las complicaciones médicas, las enfermedades transmitidas por vectores y la interrupción de los servicios de atención sanitaria) contribuyó a garantizar la seguridad sanitaria de las poblaciones más vulnerables.

III. Reglamento Sanitario Internacional (2005)

13. La crisis del ébola en África Occidental indujo a la comunidad internacional a replantearse sus prioridades mundiales y a cobrar plena conciencia de la importancia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) como instrumento multilateral que puede orientar a los países, las organizaciones internacionales y sus asociados con miras a su preparación ante las grandes emergencias de salud pública. La finalidad y el alcance de este Reglamento, que es jurídicamente vinculante para 196 países, son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales. Este alcance no está limitado a enfermedades o modalidades de transmisión en concreto, sino que abarca toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano³. Las esferas gubernamentales superiores, el sistema de las Naciones Unidas y los asociados de la

² Véase <https://www.unisdr.org/we/coordinate/hfa>.

³ Véase http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf.

sociedad civil han reconocido ampliamente la importancia del Reglamento como mecanismo para fortalecer la seguridad sanitaria mundial.

14. De conformidad con el párrafo 1 del artículo 54 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y con la resolución WHA61.2 (2008) de la Asamblea Mundial de la Salud, los Estados partes y el Director General informan anualmente a la Asamblea sobre la aplicación del Reglamento⁴. Todos los años se indica en el informe la evolución más reciente y se da cuenta de las medidas adoptadas por la secretaría en el marco del Reglamento (2005). En el informe de 2016 se relata la respuesta internacional a la enfermedad del Ébola, el síndrome respiratorio del Oriente Medio, la poliomielitis, la gripe aviar y la infección por el virus del Zika, junto con la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré que este lleva aparejados. También figura información acerca del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ébola y en la respuesta que se le ha dado y sobre la primera modificación del Reglamento (2005) en cuanto a la vacuna contra la fiebre amarilla. Se describe la propuesta de pasar de que cada país presente su propio informe sobre las capacidades básicas prescritas en el Reglamento a que se realice una evaluación más completa de las capacidades nacionales recurriendo, entre otras cosas, a evaluaciones externas conjuntas de carácter voluntario.

Comités de emergencia creados conforme al Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Enfermedad del Ébola

15. Desde que en 2014 se declaró el brote de ébola en África Occidental emergencia de salud pública de importancia internacional, el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional sobre el tema se ha reunido nueve veces. En su última reunión, celebrada por teleconferencia el 29 de marzo de 2016, el Comité llegó a la conclusión de que la situación provocada por el ébola en África Occidental había dejado de constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional y de que debían levantarse las correspondientes recomendaciones temporales formuladas por la Directora General. Sobre la base del asesoramiento del Comité de Emergencias y de la evaluación de la situación hecha por la Directora General, esta suspendió la calificación de emergencia de salud pública de importancia internacional, levantó las recomendaciones temporales y respaldó el asesoramiento sobre salud pública presentado por el Comité⁵.

16. El Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ébola y en la respuesta que se le ha dado, creado y convocado por la Directora General conforme a la decisión WHA68(10) (2015), celebró su primera reunión los días 24 y 25 de agosto de 2015, así como encuentros entre reuniones en octubre, noviembre y diciembre de 2015 y febrero de 2016 y una segunda y última reunión del 21 al 24 de marzo de 2016. Los informes de la primera reunión del Comité de Examen y de sus encuentros entre reuniones pueden

⁴ Véase http://www.who.int/ihr/A61_R2-sp.pdf.

⁵ Véase <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/end-of-ebola-pheic/en/>.

consultarse en el sitio web de la OMS⁶. El informe final del Comité se transmitió a la 69ª Asamblea Mundial de la Salud en el documento A69/21⁷.

Síndrome respiratorio del Oriente Medio

17. El síndrome respiratorio del Oriente Medio, coronavirus, lleva años, desde que se detectó por primera vez, transitando por la Península Arábiga. A marzo de 2016, 26 países de Oriente Medio, América del Norte, Europa y Asia habían notificado a la OMS casos de infección confirmados por pruebas de laboratorio. Se detectaron destacados brotes en hospitales de la República de Corea, de mayo a agosto de 2015, y en la Arabia Saudita, en agosto de 2015.

18. Desde 2013 el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con el síndrome respiratorio del Oriente Medio, coronavirus, se ha reunido en diez ocasiones, por última vez en septiembre de 2015⁸. En la última reunión el Comité determinó que la situación seguía sin constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional. Sin embargo, el virus seguía transmitiéndose de camellos a humanos y de un humano a otro en contextos de atención sanitaria. Otras cuestiones que seguían planteando problemas eran la notificación de los casos asintomáticos que habían dado positivo en las pruebas de detección del virus, la rapidez en el intercambio de información, la aplicación de medidas de control de la infección y la idoneidad de los estudios de investigación. El Comité recalcó que, desde el punto de vista de la salud pública, no estaba justificado restringir el comercio ni los viajes para impedir que se propagara el síndrome respiratorio del Oriente Medio, coronavirus; se consideraba innecesario realizar controles en puntos de entrada. Sin embargo, se aconsejaba vivamente sensibilizar a los viajeros en relación con el síndrome y sus síntomas, especialmente en el contexto del hajj.

Poliomielitis

19. Desde que el 5 de mayo de 2014 se declaró la correspondiente emergencia de salud pública de importancia internacional, el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la propagación internacional del poliovirus se ha reunido diez veces. En agosto de 2016 el Comité convino en que la situación epidemiológica seguía constituyendo una emergencia de salud pública de importancia internacional y aconsejó que se prorrogaran las recomendaciones temporales revisadas haciendo hincapié en los desplazamientos de población a gran escala y en la ampliación de la cobertura de vacunación a los refugiados, los viajeros y las poblaciones transfronterizas. El Comité observó complacido que, como consecuencia de la colaboración entre el Afganistán y el Pakistán, desde la anterior reunión el poliovirus salvaje no se había propagado de un país a otro. Sin embargo, le preocupaba sumamente que en julio de 2016 Nigeria hubiera notificado dos casos nuevos de parálisis flácida aguda infantil debida al poliovirus salvaje WPV1. El Comité observó que el poliovirus seguía propagándose entre el Afganistán y el Pakistán y que el poliovirus derivado de vacuna brotaba en otras partes e instó a que se examinara con regularidad el peligro de propagación

⁶ Véase <http://www.who.int/ihr/review-committee-2016/es/>.

⁷ Véase http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-sp.pdf/.

⁸ Véase <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-emergency-committee-mers/es/> (consultado el 22 de abril de 2016).

internacional en las zonas de alto riesgo. La Directora General hizo suyas las conclusiones del Comité y formuló recomendaciones temporales de conformidad con el Reglamento⁹.

20. En la decisión WHA68(9) (2015), la 68ª Asamblea Mundial de la Salud pidió a la Directora General que informara a la 69ª Asamblea Mundial de la Salud de los progresos realizados hacia la reducción del riesgo de propagación internacional de poliovirus salvajes (véase el documento A69/26).

Virus del Zika, microcefalia y síndrome de Guillain-Barré

21. El 1 de febrero de 2016 la Directora General convocó la primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika, dedicada a conglomerados de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos en algunas zonas afectadas por el virus del Zika. Sobre la base del asesoramiento proporcionado por el Comité de Emergencia, la Directora General declaró que el conglomerado de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos notificados en el Brasil con posterioridad a un conglomerado semejante notificado en 2014 en la Polinesia Francesa constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional y formuló las correspondientes recomendaciones temporales. En su cuarta reunión, celebrada el 2 de septiembre de 2016, el Comité, habiendo examinado las pruebas presentadas, convino en que, debido a la continua expansión geográfica del virus y a las considerables lagunas en los conocimientos sobre este y sus consecuencias, la infección por el virus del Zika y las malformaciones congénitas que provoca y otros trastornos neurológicos conexos seguían siendo una emergencia de salud pública de importancia internacional. El Comité de Emergencia examinó las pruebas más recientes de la relación entre la infección por el virus del Zika y la microcefalia y convino en que, aunque los indicios de vínculo causal eran más sólidos que en febrero de 2016, era preciso seguir investigando la cuestión. La Directora General formuló recomendaciones temporales consonantes con esa conclusión¹⁰.

22. Entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de agosto de 2016 se documentaron casos de transmisión del virus del Zika en un total de 69 países y territorios. En seis países también se comunicaron casos de personas que han contraído localmente la infección en ausencia de mosquitos vectores, probablemente por vía sexual. Del 1 de febrero al 31 de agosto de 2016 fueron 11 los países que presentaron pruebas de transmisión entre personas del virus del Zika. Sobre la base de estudios de observación, de cohortes y de casos y testigos se va conformando un consenso científico en el sentido de que el virus es causa de un aumento en el número de casos del síndrome de Guillain-Barré, microcefalia y otros trastornos neurológicos que se notifican en varios países donde transita el virus del Zika. La OMS puso en marcha el plan de respuesta estratégica frente al Zika, que tiene componentes de vigilancia, respuesta e investigación¹¹. La OMS colabora estrechamente con las oficinas regionales y los países afectados en una respuesta integrada que incluya la vigilancia y el control de mosquitos, la promoción de medidas de protección

⁹ Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/10th-ihf-emergency/en/> (consultado el 7 de septiembre de 2016).

¹⁰ Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fourth-ec/es/> (consultado el 7 de septiembre de 2016).

¹¹ Véase <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246091/1/WHO-ZIKV-SRF-16.3-eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1> (consultado el 7 de septiembre de 2016).

personal, el apoyo a las embarazadas que viven en un país afectado por el virus del Zika o vuelven de él y la gestión de otras complicaciones relacionadas con la infección por el virus del Zika. Es fundamental invertir más en la lucha contra la propagación del virus del Zika y la gestión de sus complicaciones. Hasta la fecha, la OMS y sus asociados han determinado las necesidades de financiación hasta diciembre de 2017.

Avances en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Desarrollo de la capacidad

23. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) exige el desarrollo, fortalecimiento y mantenimiento de capacidades básicas de vigilancia y respuesta en determinados puntos de entrada. Desde 2010 el marco de seguimiento de las capacidades básicas en relación con el Reglamento Sanitario Internacional emplea un cuestionario de autoevaluación cumplimentado por los Estados partes para informar a la Asamblea Mundial de la Salud de la situación y la evolución con respecto a las capacidades básicas mínimas en el ámbito de la salud pública exigidas por el Reglamento. En el sitio web de la OMS pueden consultarse puntuaciones de las capacidades relativas al Reglamento Sanitario Internacional para 2015¹². Al 5 de abril de 2016, 126 de los 196 Estados partes habían cumplimentado el cuestionario de autoevaluación distribuido en abril de 2015. El análisis de datos procedentes de los informes anuales nacionales presentados a la secretaría por los Estados partes en relación con las capacidades básicas en el ámbito del Reglamento Sanitario Internacional viene a indicar que se ha avanzado en los siguientes aspectos: establecimiento de legislación y políticas adecuadas para la aplicación del Reglamento; coordinación y colaboración con otros sectores en aras del desarrollo de la capacidad; capacidades de detección temprana funcionales y mejoradas; coordinación de las capacidades de preparación y respuesta de emergencia; y mejoras en la comunicación al público y a las partes interesadas. Sin embargo, en algunos países es incierto el nivel real de capacidad, por lo que los esfuerzos por conseguir que las capacidades sigan siendo operativas exigirán un constante fortalecimiento de la infraestructura, los procedimientos y los recursos humanos. Además, a menudo sigue sin disponerse de capacidades de detección y respuesta en relación con incidentes químicos y radiológicos. En el sitio web de la OMS puede consultarse información detallada sobre las puntuaciones de 2015 presentadas por los países¹³.

24. El plazo que tenían inicialmente los Estados partes para desarrollar las capacidades básicas exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) era 2012, siendo posible prorrogarlo hasta 2016. Se han registrado progresos, pero en muchos países no se han establecido las capacidades. En 2014 el Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional recomendó a la Directora General que examinara diversos métodos para la evaluación y

¹² Véanse las puntuaciones de las capacidades prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional presentadas por Estados partes para 2015, disponibles en <http://www.who.int/gho/ihr> (consultado el 22 de abril de 2016).

¹³ Véase <http://www.who.int/gho/ihr/en/> (consultado el 26 de abril de 2016).

consolidación a corto y a largo plazo de las capacidades básicas prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (véase el documento A68/22/Add.1, párr. 43).

Coordinación entre múltiples iniciativas para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

25. A raíz de la reciente renovación del interés suscitado por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) como bien público mundial en aras de la salud han surgido numerosas iniciativas nuevas de evaluación de las capacidades de salud pública existentes en los sistemas sanitarios y de apoyo a su desarrollo y fortalecimiento mediante incentivos y colaboración. Son ejemplos de ello iniciativas de fortalecimiento de los sistemas de salud, actividades de preparación para las pandemias, como el Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios como parte de la Preparación para una Gripe Pandémica, el fortalecimiento de las capacidades básicas prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la preparación frente a los desastres naturales (mediante, por ejemplo, hospitales seguros), la iniciativa Una Salud, programas de preparación para emergencias en los sectores del transporte y la biocustodia y la integración en los países de la preparación para emergencias de salud y la preparación frente a desastres naturales y crisis humanitarias. Estas iniciativas, que deben coordinarse, ofrecen importantes oportunidades a la salud pública mundial y a la secretaría de la OMS.

26. La OMS ha elaborado un nuevo marco de seguimiento y evaluación de las capacidades básicas prescritas por el Reglamento Sanitario Internacional¹⁴. Además de la presentación de informes anuales, el marco prescribe exámenes *a posteriori*, simulaciones y una evaluación (externa) independiente. La secretaría se centró inicialmente en el desarrollo del componente de evaluación independiente. En febrero de 2016 se ultimó el instrumento de evaluación externa conjunta del Reglamento Sanitario Internacional (2005)¹⁵. En colaboración con asociados y expertos, han empezado a enviarse a los países misiones de evaluación externa conjunta de carácter voluntario. Los resultados preliminares obtenidos han sido positivos, y los asociados se han mostrado interesados en respaldar este enfoque y aprovechar la evaluación externa conjunta para elaborar o mejorar planes de acción nacionales dirigidos a la preparación para emergencias de salud en los países.

27. Se están ultimando los otros componentes del nuevo marco de seguimiento y evaluación del Reglamento Sanitario Internacional, junto con todos los instrumentos y orientaciones correspondientes. Todo ello se publicará en el sitio web de la OMS. Está previsto que el informe que se presente en 2017 a la Asamblea Mundial de la Salud siga un nuevo formato, con sujeción al resultado de la 70ª Asamblea; los datos para 2016 se recopilaron mediante el actual instrumento: <http://www.who.int/ihr/publications/WHO-HSE-GCR-2016.16/es/>.

28. La OMS, en colaboración con sus asociados, ha elaborado un proyecto de marco estratégico de preparación para emergencias a fin de fortalecer la preparación para emergencias en los países y las comunidades con el objeto de dar una respuesta oportuna, eficiente y eficaz a los peligros para la salud pública. La preparación para emergencias consta de cuatro elementos destacados: el estado de disponibilidad

¹⁴ Véase http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/en/.

¹⁵ Disponible en http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2016_2/en/ (consultado el 1 de abril de 2016).

operacional, la resiliencia de los sistemas sanitarios, el enfoque Una salud y un planteamiento pangubernamental a la vez que pansocial. La preparación para emergencias obedece a un ciclo iterativo de evaluación del riesgo y la capacidad, planificación, coordinación, ejecución, evaluación, actuación y financiación. La gobernanza, las capacidades y los recursos son componentes de la preparación para emergencias y su aplicación en los ámbitos comunitario, local, subnacional, nacional, regional y mundial.

29. La OMS y el Gobierno de Sudáfrica organizaron en colaboración una reunión de alto nivel de asociados y partes interesadas dedicada al tema “El fomento de la seguridad sanitaria después del ébola” y celebrada del 13 al 15 de julio de 2015 en Ciudad del Cabo (Sudáfrica). Asistieron a la reunión más de 200 participantes, entre ellos representantes de países afectados por la enfermedad del Ébola. El objetivo consistía en acordar medidas prioritarias para impulsar la seguridad sanitaria con miras a fortalecer los sistemas y capacidades de índole sanitaria dirigidos a aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Los participantes coincidieron en que había que emprender una acción colectiva en aras de la seguridad sanitaria nacional y mundial y expusieron las expectativas relativas a ulteriores medidas destinadas a conjuntar las iniciativas de las distintas partes interesadas. Cundía el consenso en cuanto al papel de la OMS como aglutinante de países y asociados. La OMS propuso un enfoque de colaboración entre las partes interesadas internacionales y nacionales para fortalecer y mantener las capacidades del sistema sanitario necesarias para aplicar el Reglamento.

30. El Gobierno de Finlandia acogió una reunión de alto nivel sobre el establecimiento de una alianza en pro de las evaluaciones por los países de la seguridad sanitaria mundial y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (Ginebra, 14 de marzo de 2016). La reunión congregó a más de 20 países, así como a representantes de instituciones multilaterales y donantes, para proponer una alianza en pro de la evaluación mediante valoraciones externas conjuntas de las capacidades básicas prescritas en el Reglamento (2005). Se propuso que la alianza incorporara una pequeña secretaría dentro de la OMS y que se creara un grupo asesor de apoyo al proceso de evaluación por los países.

31. El Ministerio de Asuntos Sociales, Salud y Derechos de la Mujer de Francia y la Comisión Europea organizaron una conferencia de alto nivel sobre la seguridad sanitaria mundial que se celebró en Lyon (Francia) los días 22 y 23 de marzo de 2016. Copatrocinaron el acto la OMS y la Comisión Europea bajo los auspicios de la Presidencia por los Países Bajos del Consejo de la Unión Europea. El principal resultado de la conferencia fue la determinación de reforzar la seguridad sanitaria mundial mediante la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Congregando a muchas instituciones, así como a asociados de los sectores privado y público y a los sectores de la salud humana y animal, la conferencia creó conciencia sobre el Reglamento y la necesidad de acelerar su aplicación. Los participantes reafirmaron los principios esenciales del Reglamento: un enfoque multisectorial, la precisión en la evaluación de las capacidades, los aspectos fundamentales del fortalecimiento de los sistemas de salud y los recursos humanos y la cooperación entre países.

32. Los días 8 y 9 de octubre de 2015 se reunieron en Berlín los ministros de salud de las siete naciones industrializadas principales (Grupo de los Siete (G7)). En su declaración final, de gran amplitud, se pusieron de relieve, entre otras cosas, el

mandato central y el liderazgo comprometido de la OMS, así como el hecho de que el Reglamento Sanitario Internacional (2005), que tiene carácter jurídicamente vinculante, era el principal instrumento internacional pensado para ayudar a proteger a los países de la propagación internacional de las enfermedades, incluidos los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública. Los ministros prestaron apoyo al Reglamento (2005) en la medida en que exigía expresamente a los países colaborar entre sí en el desarrollo y el mantenimiento de las capacidades básicas y observaron que el pleno cumplimiento del Reglamento era, en última instancia, responsabilidad de cada país¹⁶.

33. Estos compromisos se reiteraron en el Comunicado de Kobe emitido por los ministros de salud del Grupo de los Siete durante su reunión celebrada los días 11 y 12 de septiembre de 2016, al indicarse que la aplicación eficaz del Reglamento Sanitario Internacional (2005) era hoy más importante que nunca. Los ministros reafirmaron el papel central de la OMS en la coordinación de la respuesta a las emergencias de salud pública mundiales y la dirección de la preparación ante ellas y acogieron con satisfacción el informe del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Los representantes de los siete países se comprometieron a notificar antes de que acabara 2016 sus avances en el cumplimiento del compromiso de los dirigentes del Grupo de los Siete a efectos de ofrecer a 76 países y regiones asistencia para crear las capacidades básicas prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional. En el comunicado quedó aprobado el nuevo enfoque para la evaluación de las capacidades básicas y se observó que los ministros respaldaban la labor de los asociados dirigida a elaborar planes nacionales y cumplir las metas comunes del instrumento de la OMS de evaluación externa conjunta del Reglamento Sanitario Internacional en estrecha coordinación con otras organizaciones competentes¹⁷.

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

34. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) se modificó por primera vez en 2014. La Directora General propuso la modificación a la luz de una recomendación del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, que había llegado a la conclusión de que una sola dosis de vacuna contra la fiebre amarilla bastaba para conferir inmunidad vitalicia contra la enfermedad. En consecuencia, la 67ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA67.13 (2014), por la que se actualizó el anexo 7 del Reglamento revisando el período de eficacia de la vacuna contra la fiebre amarilla y el plazo de validez del correspondiente certificado de diez años a toda la vida de la persona vacunada. La modificación entró en vigor en julio de 2016.

35. En respuesta a una solicitud de la 68ª Asamblea Mundial de la Salud en la que se señalaba que podría exigirse la vacunación contra la fiebre amarilla a todos los viajeros que salieran de una zona respecto de la cual la OMS hubiera determinado que existía riesgo de transmisión de la enfermedad, la Directora General ha

¹⁶ Véase http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister_2015/G7_Health_Ministers_Declaration_AMR_and_EBOLA.pdf (consultado el 22 de abril de 2016).

¹⁷ Véase http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/KobeCommunique_en.pdf (consultado el 30 de septiembre de 2016).

empezado a publicar un listado en línea actualizado de países que aceptan que los certificados de vacunación contra la fiebre amarilla son válidos durante toda la vida de las personas vacunadas y ha establecido un grupo consultivo científico-técnico sobre cartografía geográfica del riesgo de fiebre amarilla que ofrece a los viajeros orientación sobre la vacunación (véase la resolución WHA68.4 (2015)).

Próximas medidas para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

36. En mayo de 2016 el Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ébola y en la respuesta que se le ha dado presentó sus recomendaciones a la Directora General en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud¹⁸. El Comité de Examen llegó a la conclusión de que era imperativo dar prioridad a la aplicación del Reglamento en todos los países y reforzar la capacidad de la secretaría y las asociaciones para prestar apoyo a los Estados partes. El Comité presentó 12 recomendaciones para garantizar la aplicación del Reglamento a partir de propuestas nuevas y mejorar el cumplimiento del Reglamento elaborando un plan estratégico mundial; financiar la aplicación del Reglamento; mejorar el conocimiento del Reglamento; introducir y fomentar la evaluación externa de las capacidades básicas; mejorar la evaluación y la comunicación de los riesgos por parte de la secretaría; mejorar la observancia de los requisitos relacionados con las medidas adicionales y las recomendaciones temporales; reforzar los centros nacionales e internacionales de enlace para el Reglamento; dar prioridad al apoyo a los países más vulnerables; y potenciar las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud.

37. La Asamblea Mundial de la Salud adoptó la decisión WHA69(14), en la que, entre otras cosas, pidió a la Directora General que elaborara, para su consideración por los comités regionales en 2016, un proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen en el que se incluyeran medidas inmediatas para mejorar el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) mediante el refuerzo de los enfoques existentes y se indicara la manera de proceder para poner en práctica las nuevas propuestas que requerían deliberaciones técnicas adicionales por parte de los Estados Miembros¹⁹. El proyecto de plan de aplicación mundial se examinó durante las reuniones de los comités regionales de la OMS²⁰, y en enero de 2017 la Directora General presentará a la 140ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS una versión final del plan para su consideración.

¹⁸ Véase el documento A69/21, disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-sp.pdf.

¹⁹ Véase el documento A69/DIV./3, disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-sp.pdf.

²⁰ Véanse http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10284&Itemid=2593 (consultado el 5 de septiembre de 2016), http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/sea-rc69-10_9.2.pdf?ua=1 (consultado el 5 de septiembre de 2016) y http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/315875/66wd26e_GlobalImplementPlanIHR_160629.pdf?ua=1 (consultado el 7 de septiembre de 2016).

IV. Otros avances normativos recientes

38. Está ampliamente reconocido que, para que los sistemas sanitarios sean sólidos, hace falta apoyo sostenido en cuanto a la financiación, la infraestructura y, en el contexto de las emergencias humanitarias, la seguridad. En el contexto, por ejemplo, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la mayor parte de los países que en 2015 se encontraban más alejados de la meta eran los que habían atravesado un período de turbulencia política sostenida y necesitaban apoyo humanitario y para el desarrollo. En 2016 la comunidad internacional asumió notables compromisos y realizó considerables avances en pro del desarrollo sostenible. Cabe mencionar los siguientes logros:

- **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.** Los Objetivos de Desarrollo Sostenible mencionan expresamente el vínculo entre la salud y el desarrollo sostenible, en el entendimiento de que la promoción de la salud mundial ayuda a reducir la pobreza y la desigualdad a la vez que fomenta la paz, la seguridad y los fundamentos del crecimiento económico y la prosperidad (véase [A/70/PV.80](#)).
- **Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030.** En el Marco se preconiza una mayor cooperación entre las autoridades sanitarias y las partes interesadas multisectoriales a fin de mejorar los resultados en el ámbito de la salud de las personas y los países en peligro de desastre. También se hace un llamamiento en pro de la elaboración y aplicación de políticas y planes sobre peligros múltiples, incluida la gestión de peligros biológicos.
- **Cumbre Humanitaria Mundial.** La Cumbre Humanitaria Mundial convocada por el Secretario General Ban Ki-moon y celebrada en Estambul los días 23 y 24 de mayo de 2016 suscitó compromisos de reducción del sufrimiento y mejora de los resultados favorables a toda la población del planeta. Los participantes prestaron apoyo a una nueva Agenda para la Humanidad de carácter común elaborada para prevenir y reducir el sufrimiento humano. La salud mundial entra en el ámbito de la tercera responsabilidad básica de la Agenda, “No dejar a nadie atrás”. En el período extraordinario de sesiones sobre salud mundial se promulgó el compromiso con una estructura de respuesta que pusiera de relieve la complementariedad, la flexibilidad y el aprovechamiento de las competencias básicas ante las emergencias de salud pública de importancia internacional.

V. Resistencia a los antimicrobianos

39. Los microorganismos, como las bacterias, los hongos, los virus y los parásitos, cada vez cobran más resistencia a los medicamentos antimicrobianos, como los antibióticos, los antimicóticos, los antivirales, los antipalúdicos y los antihelmínticos. Este proceso, que se conoce con el nombre de resistencia a los antimicrobianos, amenaza la prevención y el tratamiento eficaces de un número cada vez mayor de infecciones, lo cual a su vez prolonga las enfermedades y la discapacidad, es causa de muerte y eleva el riesgo de propagación a otras personas. Además, el proceso se ve acelerado por el uso indebido o excesivo de antimicrobianos en personas y animales.

40. En ese sentido, la resistencia a los antimicrobianos plantea un riesgo fundamental y especialmente grave a la seguridad sanitaria de los países y las poblaciones; la aparición o reaparición de patógenos nuevos o antiguos supone una amenaza para la salud en la medida en que pueden ser mortíferos y difíciles de tratar o prevenir y son fuente de ansiedad generalizada. Los patógenos resistentes a los antimicrobianos encierran el mismo potencial en una gama muy amplia de organismos. Además, gran parte de las medidas necesarias en el ámbito de la seguridad sanitaria, como el fortalecimiento de las capacidades nacionales, la mejora de la comunicación y la coordinación y el desarrollo de nuevas tecnologías, son precisamente las mismas que favorecen la aparición de patógenos.

Situación actual

La resistencia en las bacterias

41. En todos los países se observa resistencia a los antibióticos. La resistencia de *Klebsiella pneumoniae*, bacteria intestinal común que puede ser causa de infecciones mortíferas, al tratamiento de última instancia (los antibióticos carbapenémicos) se ha propagado a todas las regiones del mundo. *K. pneumoniae* es destacada causa de infecciones contraídas en hospitales, como la neumonía, infecciones del torrente sanguíneo e infecciones contraídas por recién nacidos y pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. En algunos países la resistencia impide que los antibióticos carbapenémicos surtan efecto en más de la mitad de las personas que reciben tratamiento para combatir infecciones por *K. pneumoniae*.

42. Está muy extendida la resistencia de la bacteria *Escherichia coli* a uno de los medicamentos más usados para el tratamiento de infecciones del tracto urinario (los antibióticos fluoroquinolónicos). En países de muchas partes del mundo este tratamiento resulta ineficaz en más de la mitad de los pacientes.

43. En al menos 10 países (Australia, Austria, el Canadá, Eslovenia, Francia, el Japón, Noruega, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Sudáfrica y Suecia) se ha confirmado que no puede tratarse la gonorrea con el medicamento de última instancia (antibióticos cefalosporínicos de tercera generación).

44. Está generalizada la resistencia a los fármacos de primera línea para tratar infecciones causadas por el estafilococo dorado, causa habitual de infecciones graves en el marco de instalaciones de asistencia médica y en la comunidad. Se estima que quienes portan el estafilococo dorado resistente a la metilicina tienen un 64% más de probabilidades de morir que quienes portan una forma de la infección no resistente.

45. La colistina es el tratamiento de última instancia para combatir las infecciones por enterobacteriáceas, resistentes a los carbapenems, que ponen en peligro la vida. Recientemente se ha detectado en varios países y regiones la resistencia a la colistina, con lo cual no se pueden tratar las infecciones causadas por ese tipo de bacterias.

La resistencia en la tuberculosis

46. La OMS calcula que en 2014 se dieron unos 480.000 casos nuevos de tuberculosis multirresistente, modalidad que resiste a los dos medicamentos más

potentes usados para luchar contra la enfermedad. Solo se detectó y notificó cerca de un cuarto de estos casos (123.000). La tuberculosis multirresistente obliga a que los ciclos de tratamiento se prolonguen mucho más y sean menos eficaces que los correspondientes a la tuberculosis no resistente. A escala mundial, en 2014 solo se trató con éxito a la mitad de enfermos de tuberculosis multirresistente.

47. La tuberculosis ultrarresistente, forma de la tuberculosis que resiste a por lo menos cuatro de los medicamentos básicos de lucha contra la enfermedad, se ha detectado en 105 países. Se estima que un 9,7% de los enfermos de tuberculosis multirresistente también son enfermos de tuberculosis ultrarresistente.

La resistencia en la malaria

48. A julio de 2016 se había confirmado en cinco países de la Subregión del Gran Mekong (Camboya, Myanmar, la República Democrática Popular Lao, Tailandia y Viet Nam) la resistencia al tratamiento de primera línea (terapia antirretroviral combinada basada en la artemisinina) empleado para luchar contra la fiebre palúdica causada por el *Plasmodium falciparum*. En la mayor parte de los lugares, quienes padecen infecciones resistentes a la artemisinina se recuperan por completo tras el tratamiento, siempre que este consista en terapia antirretroviral combinada basada en la artemisinina y que contenga un medicamento complementario eficaz. Sin embargo, en la frontera entre Camboya y Tailandia el *Plasmodium falciparum* se ha vuelto resistente a casi todos los medicamentos disponibles para combatir el paludismo, con lo que el tratamiento resulta más complicado y exige una supervisión estrecha. Es cierto el riesgo de que en breve surja también la multirresistencia en otras partes de la subregión. La propagación de cepas resistentes a otras partes del mundo podría ser un grave problema de salud pública y poner en peligro los recientes avances importantes en la lucha contra la malaria. Los cinco países, además de China, hicieron suya la estrategia de la OMS para la eliminación de la malaria en la Subregión del Gran Mekong (2015-2030).

La resistencia en el VIH

49. En 2010 se estimaba que el 7% de las personas de países en desarrollo que empezaban a recibir terapia antirretroviral padecía un tipo de VIH resistente a los medicamentos. En los países desarrollados la proporción iba del 10% al 20%. Algunos países han notificado recientemente porcentajes del 15% o un nivel superior entre quienes empiezan a recibir tratamiento para luchar contra el VIH, y de hasta un 40% entre quienes vuelven a someterse a tratamiento. Urge prestar atención a este problema. Los mayores niveles de resistencia tienen consecuencias económicas importantes, pues los regímenes de tratamiento de segunda y de tercera línea son 3 y 18 veces más caros, respectivamente, que los medicamentos de primera línea.

50. Desde septiembre de 2015 la OMS viene recomendando a todo el que viva con el VIH que empiece a someterse a tratamiento antirretroviral. Cabe prever que, con el mayor uso del tratamiento, aumente la resistencia a la terapia antirretroviral en todas las regiones del mundo. Para potenciar al máximo la eficacia a largo plazo de los regímenes de terapia antirretroviral de primera línea y garantizar que las personas se someten al régimen más eficaz es fundamental seguir vigilando la resistencia y reducir al mínimo su ulterior aparición y propagación. En consulta con

distintos países, asociados y partes interesadas, la OMS prepara actualmente un nuevo plan de acción mundial contra la farmacorresistencia en el VIH (2017-2021).

La resistencia en la gripe

51. Los medicamentos antivirales son importantes para el tratamiento de las epidemias y pandemias de gripe. Hasta la fecha, prácticamente todos los virus de la gripe A que circulan entre humanos han sido resistentes a una categoría concreta de medicamentos antivirales: los inhibidores de la proteína M2 (amantadina y rimantadina). Sin embargo, sigue siendo baja (del 1% al 2%) la frecuencia de la resistencia al inhibidor de la neuraminidasa oseltamivir. La susceptibilidad a los antivirales es objeto de constante supervisión mediante el Sistema Mundial de la OMS de Vigilancia y Respuesta a la Gripe.

Necesidad de acción coordinada

52. La resistencia a los antimicrobianos es un problema complejo que afecta a toda la sociedad y viene determinado por muchos factores que guardan relación entre sí. Hace falta acción coordinada para reducir al mínimo la aparición y la propagación de la resistencia a los antimicrobianos. En mayo de 2014 la 67ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA67.25 sobre la resistencia a los antimicrobianos, en la que la Asamblea pidió, entre otras cosas, que la Directora General elaborara un proyecto de plan de acción mundial para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos. En mayo de 2015 se aprobó el Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos mediante la resolución WHA 68.7. En esa misma resolución la Asamblea pidió a la Directora General que, en consulta con el Secretario General de las Naciones Unidas, formulara opciones para llevar a cabo, en 2016, una reunión de alto nivel paralela a la Asamblea General, enumerando los posibles productos.

53. El 21 de septiembre de 2016 la Asamblea General convocó la reunión de alto nivel sobre la resistencia a los antimicrobianos en cumplimiento del párrafo 19 de su resolución [70/183](#). Los resultados de la reunión obedecen al entendimiento de que la resistencia a los antimicrobianos supone una profunda amenaza para la salud humana. Los Estados Miembros subrayaron la necesidad de adoptar un enfoque “Una salud” eficaz fundado en la coordinación entre múltiples sectores internacionales como la medicina humana y veterinaria, la agricultura, la producción alimentaria, las finanzas y el medio ambiente. También se reconoce la necesidad de solidaridad para conseguir que los países cuenten con recursos para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos. Además, es amplio el consenso en el sentido de que hace falta un mayor nivel de innovación e inversión en la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos antimicrobianos, vacunas e instrumentos de diagnóstico.

VI. Investigación y desarrollo

54. En su decisión WHA68(10) de mayo de 2015, la 68ª Asamblea Mundial de la Salud acogió con agrado la elaboración, en consulta con los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes, de un proyecto para acelerar la investigación y el desarrollo en epidemias o situaciones de emergencia sanitaria para las que las

soluciones preventivas o curativas fueran inexistentes o insuficientes, teniendo en cuenta otras líneas de trabajo pertinentes que se siguieran en la OMS.

55. A instancias de sus 194 Estados Miembros, la OMS ha impulsado una amplia coalición mundial para elaborar el proyecto de investigación y desarrollo como plataforma dirigida a acelerar la investigación y el desarrollo de nuevos patógenos que podrían causar brotes graves en un futuro próximo, sin que al respecto existan apenas contramedidas médicas o no exista contramedida alguna.

56. El proyecto de investigación y desarrollo aspira a crear un entorno propicio gracias al cual, en virtud de un mayor grado de financiación, intercambio de datos y asociación, los círculos dedicados a la investigación y el desarrollo puedan dirigir el cambio del panorama de la salud pública para que el nivel de repercusión mundial sea alto. En particular, el proyecto acortará el tiempo que media entre la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional y la disponibilidad de pruebas, vacunas y medicamentos eficaces que sirvan para salvar vidas humanas y evitar una crisis. Se hará uso de tres enfoques para mejorar la preparación en el marco del proyecto de investigación y desarrollo.

a) **Mejorar la coordinación y fomentar un entorno propicio.** Este enfoque se compone de varias medidas relacionadas entre sí (por ejemplo, en los planos institucional, político, cultural y de la información) que repercuten en la capacidad mundial de realizar con prontitud investigaciones en contextos de epidemias:

- i) Creación de un marco eficaz de coordinación;
- ii) Esbozo de procesos de financiación innovadores, transparentes y consonantes;
- iii) Fomento de una comunicación eficaz;

b) **Acelerar los procesos de investigación y desarrollo.** Este enfoque consta de todas las medidas necesarias para realizar investigaciones decisivas de forma segura, eficaz y puntual. El papel de facilitación de la OMS consiste en velar por que las medidas prioritarias se conciban y apliquen de forma coordinada y consensuada:

- i) Valoración de la amenaza de epidemia y determinación de los patógenos prioritarios;
- ii) Elaboración de hojas de ruta para la investigación y el desarrollo a fin de acelerar la evaluación de diagnósticos, terapias y vacunas;
- iii) Definición de coordenadas reglamentarias y éticas apropiadas;

c) **Elaborar nuevas normas y estándares adaptados al contexto epidémico.** Las normas y estándares internacionales son un medio para superar los obstáculos científicos y en materia de coordinación que encuentran durante una epidemia las actividades de investigación y desarrollo. La labor de la OMS ayudará a intensificar al máximo la coherencia, la solidez y la eficacia de las tareas de investigación y las intervenciones:

- i) Apoyo a la ampliación de la capacidad de aplicar diseños de estudio adecuados;

ii) Elaboración de orientación e instrumentos para enmarcar las colaboraciones y los intercambios;

iii) Previsión de las necesidades de las pruebas que sirven de base al examen reglamentario y la elaboración de políticas.

57. Ya se han mantenido varias consultas entre gobiernos nacionales y organismos dedicados a la salud pública, investigadores, sociólogos y sectores industriales. Gracias a ellas se han determinado los principales obstáculos a la colaboración internacional; se han acordado principios básicos para el intercambio de datos; se ha redactado una lista final de 10 patógenos virales de alto riesgo de carácter prioritario con fines de adopción de medidas inmediatas; en relación con esos patógenos se ha empezado a determinar las principales actividades necesarias para promover la investigación estratégica antes de un brote y cuando este se ha declarado; y se han estudiado enfoques innovadores para realizar ensayos clínicos.

58. En consonancia con el proyecto de investigación y desarrollo de la OMS, partes interesadas de organizaciones internacionales, gobiernos, la industria, fuentes públicas y filantrópicas de financiación de la investigación y el desarrollo, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y grupos de la sociedad civil acordaron en el Foro Económico Mundial celebrado en Davos en 2016 estudiar nuevas maneras de trabajar para fomentar la innovación en el ámbito de las vacunas con miras a hacer frente a las amenazas de salud pública. Esta iniciativa se conoce con el nombre de Coalición en pro de innovaciones para la preparación frente a epidemias. La Coalición persigue el fin de que las vacunas ocupen el lugar más destacado posible en la gestión de los brotes de enfermedades infecciosas con potencial epidémico en las fases más tempranas para que la situación no degenera en una emergencia de salud pública. Para ello, la Coalición se propone crear una alianza innovadora entre los sectores público, privado, filantrópico y de la sociedad civil para ocuparse de principio a fin del desarrollo de las vacunas, especialmente cuando se carece de un mercado comercial.

59. Desde enero de 2016 se viene celebrando una serie de talleres interactivos y teleconferencias de alto nivel para elaborar propuestas iniciales en relación con la Coalición. En el momento actual, y a expensas de que se confirmen los compromisos de financiación iniciales, está previsto que la Coalición se inaugure oficialmente durante la reunión anual de Davos programada para enero de 2017.

VII. Aumento de las capacidades en el sistema de las Naciones Unidas

60. En atención al llamamiento en pro de la mejora de la capacidad de la comunidad internacional para prestar apoyo a las respuestas a las crisis sanitarias por parte de Estados Miembros, recientemente se han emprendido varias iniciativas notables. Entre ellas figuran el establecimiento del nuevo Programa de la OMS para Brotes Epidémicos y Emergencias, la elaboración de protocolos operativos estándar para gestionar peligros de infección, bajo los auspicios del Comité Permanente entre Organismos, la creación de mecanismos de financiación innovadores y de disponibilidad rápida y nuevas plataformas de investigación y desarrollo. En vista de que otros documentos se ocupan extensamente de estas iniciativas, aquí se hace mención de ellas sin entrar en detalles.

VIII. Supervisión de las capacidades para hacer frente a las crisis sanitarias internacionales

61. Son altas las expectativas de que las enseñanzas extraídas de la crisis del ébola y otras crisis sanitarias internacionales se apliquen de forma eficaz y eficiente. Para que ello sea posible a escala internacional se han creado dos entidades de supervisión: el Grupo de Tareas del Secretario General sobre las Crisis Mundiales de Salud y el Comité Consultivo y Supervisor Independiente del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.

Grupo de Tareas del Secretario General sobre las Crisis Mundiales de Salud

62. El Secretario General creó el Grupo de Tareas sobre las Crisis Mundiales de Salud para respaldar y supervisar la aplicación de las recomendaciones formuladas por su Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias. En febrero de 2016 el Grupo de Alto Nivel publicó su informe “Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias” (A/70/723), y en abril del mismo año el Secretario General dio a conocer sus observaciones sobre las recomendaciones del Grupo en un informe titulado “Fortalecimiento de la estructura sanitaria mundial” (A/70/824). En el desempeño de su labor el Grupo de Tareas velará por que la aplicación de las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel se ajuste a las observaciones del Secretario General.

63. El Grupo de Tareas presentará al Secretario General informes actualizados periódicos en los que describirá la marcha de la aplicación de las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel. También señalará a la atención del Secretario General cuestiones relativas a las crisis sanitarias en ciernes y a las lagunas o deficiencias de la estructura sanitaria mundial.

64. El Grupo de Tareas se compone de miembros de todo el sistema de las Naciones Unidas, así como de expertos externos. Se trata de distinguidas personalidades con formación en enfermedades infecciosas, asistencia sanitaria comunitaria, salud pública y desarrollo y con experiencia en evaluación de riesgos, acción humanitaria, gestión de las respuestas a los brotes surgidos, financiación, investigación e innovación.

65. El Grupo de Tareas ejercerá funciones durante un año a partir de julio de 2016.

Comité Consultivo y Supervisor Independiente del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS

66. El 29 de marzo de 2016 la Directora General de la OMS creó el Comité Consultivo y Supervisor Independiente para que se encargara de la supervisión y el seguimiento del desarrollo y el desempeño del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, orientara las actividades de este, asesorara a la Directora General en relación con asuntos correspondientes al mandato del Programa y, por conducto del Consejo Ejecutivo, comunicara sus constataciones a la Asamblea Mundial de la

Salud²¹. Los informes del Comité se pondrán en conocimiento del Secretario General de las Naciones Unidas y del Comité Permanente entre Organismos.

67. El Comité está integrado por ocho miembros con amplia experiencia en muy diversas disciplinas, entre ellas la salud pública, las enfermedades infecciosas, las crisis humanitarias, la administración pública, la gestión de emergencias, la participación comunitaria, las asociaciones y el desarrollo.

68. El Comité, que se ha reunido tres veces, presentará su primer informe a la 140ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, que se celebrará en enero de 2017.

IX. Conclusión

69. Aunque se ha avanzado en muchos frentes desde que se declaró la crisis del ébola en África Occidental, el estado de la seguridad sanitaria mundial sigue preocupando. No dejan de aumentar el número y la gravedad de los factores que originan crisis sanitarias, mientras que sigue siendo preciso reforzar considerablemente las capacidades mundiales a escala internacional y nacional. En el futuro próximo, la seguridad sanitaria mundial y los elementos de que se compone, como la preparación, la resiliencia, la capacidad de respuesta, las oportunidades de recuperación, la financiación y la investigación y el desarrollo, deberán seguir ocupando un lugar central en las agendas políticas y de desarrollo.

²¹ Véase http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/en/ (consultado el 2 de mayo de 2016).