

Reunión extraordinaria EBSS3 sobre la emergencia del Ébola

En atención a EBSS3

La DG, en consulta con el Presidente del CE, ha convocado a esta reunión extraordinaria y propuesto para la orden del día (véase [EBSS/3/1 \(anotado\)](#)) dos puntos principales:

- [Punto 1](#). Contextos y retos actuales; detención de la epidemia, y preparación en los países y regiones no afectados (sesión matinal; véase [EBSS3/2 o EB136/26](#)); y
- [Punto 2](#). Garantizar la capacidad de preparación y respuesta de la OMS ante futuros brotes y emergencias a gran escala y prolongados (sesión vespertina; véase [EBSS3/3 o EB136/49](#)); esta reunión considerará la adopción de una resolución en este punto.

Véase también:

- [EBSS/3/INF./1](#) (o EB136/INF./4): Aceleración del desarrollo y posible lanzamiento de vacunas, tratamientos y productos diagnósticos para hacer frente a la enfermedad por el virus del Ébola.
- [EBSS/3/INF./2](#) (o EB136/INF./5): Desarrollar sistemas de salud resistentes en países afectados por el Ébola
- [EBSS/3/INF./3](#) (o EB136/INF./6): Principales actividades realizadas hasta la fecha para preparar a los países y las regiones no afectadas para responder ante la posible importación de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE)
- [EBSS/3/INF./4](#) (o EB136/INF./7): Reglamento sanitario internacional y la enfermedad por el virus del Ébola

Tómese nota de que el tema del Ébola se mantiene en el orden del día de EB136 en:

5.3 Panorama general de la aplicación de la reforma (y respuesta de la OMS al Ébola) ([EB136/7](#), [EB136/49](#))

9.4 Brote de la enfermedad por el virus del Ébola de 2014 ([EB136/26](#)).

El documento [EBSS/3/DIV./1](#), que establece los procedimientos relacionados con la reunión extraordinaria, señala que ésta:

... no descartará de modo alguno el debate sobre el Ébola durante la 136.^a reunión del Consejo Ejecutivo, en particular en relación con el punto 9.4 del orden del día (Brote de la enfermedad por el virus del Ébola de 2014) y con otros puntos conexos, entre ellos el 10 (Sistemas de salud), el 8.3 (Aplicación del Reglamento Sanitario

Internacional (2005)) y el 11.2 (Proyecto de presupuesto por programas 2016–2017).

Punto 1. Contexto y retos actuales; detención de la epidemia, y preparación en los países y regiones no afectados

En atención a:

[EBSS3/2](#) (o [EB136/26](#)) contextualiza el brote, proporciona un resumen sobre la propagación del virus, la respuesta en los países y en el mundo, las actividades de preparación, investigación y desarrollo, y la creación de sistemas de salud resistentes en los países afectados. El documento concluye con un panorama general de la estrategia para poner fin al brote.

La Secretaría parece haber previsto que este punto ofrecería la oportunidad de llevar a cabo un examen de la crisis y analizar cuál sería la mejor manera de gestionarla. Es evidente que este examen también permitirá adquirir enseñanzas pertinentes al punto que se tocará en la sesión vespertina sobre “Garantizar la capacidad de preparación y respuesta de la OMS”.

El análisis de este punto también se basará en:

- [EBSS/3/INF./1](#) (o [EB136/INF./4](#)): Aceleración del desarrollo y posible lanzamiento de vacunas, tratamientos y productos diagnósticos para hacer frente a la enfermedad por el virus del Ébola.
- [EBSS/3/INF./2](#) (o [EB136/INF./5](#)): Desarrollar sistemas de salud resistentes en países afectados por el Ébola.
- [EBSS/3/INF./3](#) (o [EB136/INF./6](#)): Principales actividades realizadas hasta la fecha para preparar a los países y las regiones no afectadas para responder ante la posible importación de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE)
- [AFR/RC64/9](#): “Brote de enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental: actualización y enseñanzas adquiridas – Informe de la Secretaría” (1º de agosto de 2014) para otras enseñanzas adquiridas en las regiones específicas y acciones propuestas. Véase también [Comentarios de PHM/MSP sobre este documento](#) preparado para el Comité Regional de la OMS para África.

Antecedentes

[EBSS3/2](#) (o [EB136/26](#)) examina el contexto de la epidemia de Ébola en África Occidental y describe la intensificación de la respuesta internacional a partir de junio de 2014, incluidas las siguientes medidas:

- hoja de ruta sobre la respuesta al Ébola ([aquí](#)) a finales de agosto;

- declaración de la epidemia como una emergencia de salud pública de importancia internacional, de conformidad con los requisitos de notificación del RSI (8 de agosto);
- Misión de la ONU para la respuesta de emergencia al Ébola ([UNMEER](#)) del 18 de septiembre;
- preparación de los países no afectados ([EBSS/3/INF./3](#));
- estado actual de la investigación y desarrollo de vacunas, tratamientos y productos diagnósticos ([EBSS/3/INF./1](#)); y
- desarrollo de sistemas de salud en los países afectados ([EBSS/3/INF./2](#)); EBSS3/2 también se refiere al último [Informe de situación sobre el brote de Ébola](#) en el sitio web del [GAR \(Ébola\)](#).

Comentario de PHM/MSP

PHM/MSP elogia el heroísmo de los profesionales sanitarios y voluntarios locales y de los profesionales y expertos extranjeros (de la OMS, de ONG como MSF y de otros Estados Miembros). PHM/MSP confirma la dedicación y el profesionalismo de la Secretaría de la OMS al empezar a responder.

Retraso de la respuesta de la OMS

Los primeros casos de esta epidemia se diagnosticaron a finales de marzo de Guinea. El 23 de junio de 2014, el personal de [MSF en Guinea, Sierra Leona y Liberia era de](#) aproximadamente 300 miembros tanto extranjeros como y nacionales; también había enviado más de 40 toneladas de equipo y suministros a la región para ayudar a combatir la epidemia. La respuesta de la OMS no parece haber empezado hasta junio.

Se informa que la DG se mostró crítica de este retraso, pero no hay ninguna explicación en los documentos presentados al Consejo. [Gostin y Friedman 2014](#) han argumentado que la crisis presupuestaria de la OMS contribuyó a que se retrasara su respuesta.

[AFR/RC64/9](#) proporciona mucha información útil, pero no ofrece una explicación más clara de las causas del retraso.

Determinantes históricos y económicos del Ébola y debilidades de la respuesta local

La Secretaría señala que:

Los tres países enfrentaban dificultades económicas después de años de agitación y guerra civil, y a pesar de los esfuerzos decididos de cada uno, sus sistemas de salud seguían siendo débiles, incluso en materia de vigilancia y capacidad de laboratorio. Las familias y las comunidades que vivían en zonas cercanas a

fronteras porosas se relacionaban entre sí y se movilizaban con facilidad y regularidad entre los países. La tala de madera y la minería de las décadas anteriores habían cambiado la ecología de las zonas de densos bosques. Los murciélagos de fruta, que se cree son los huéspedes naturales del virus, se trasladaron más cerca de los asentamientos humanos. En conjunto, esta situación ofrecía un ambiente propicio para la propagación de un virus como el Ébola.

Éste es un resumen útil (véase también [Movimiento por la Salud de los Pueblos 2014](#)). Del mismo modo, sería útil reconocer que el sistema tributario mundial – diseñado para apoyar la evasión de impuestos transnacional (véase [Health Poverty Action](#)) – ha contribuido a restringir la disponibilidad de recursos financieros públicos para desarrollar los sistemas de salud, y que los programas de austeridad del FMI impuestos a los países de África Occidental ([Rick Rowden](#)) han limitado sus respuestas al brote.

Sería oportuno tomar nota de cómo contribuyó el modelo de I&D con fines de lucro de la industria farmacéutica a que [se descuidara el desarrollo de la vacuna contra el Ébola](#).

Investigación y desarrollo

[EBSS/3/INF./1](#) describe el progreso impresionante que se ha realizado en 2014 en relación con el desarrollo y lanzamiento de vacunas, uso de sangre de convalecientes para tratamiento, medicamentos y productos diagnósticos.

Hay una condena tácita del modelo de investigación y desarrollo con fines de lucro en lo que respecta a vacunas, medicamentos y productos diagnósticos, que descuidó prevenir o controlar el virus del Ébola desde que se aisló en 1976. En [AFR/RC64/9](#) se explica que:

En el pasado se han desatado brotes de EVE sobre todo en aldeas remotas de África Central y Occidental, cerca de selvas tropicales, específicamente en la República del Congo (2001-2002, 2003, 2005), Costa de Marfil (1994), República Democrática del Congo (1976, 1977, 1995, 2007, 2008-2009, y 2012), Gabón (1994, 1996-1997 2001-2002), Sudán (1976, 1979, y 2004) y Uganda (2000-2001, 2007-2008, 2011, y 2012). Desde que se descubrió el virus del Ébola, se han documentado casi 3,000 casos de EVE, con más de 1,900 muertes. Durante los brotes, la población que corre más riesgo de infectarse está integrada por trabajadores sanitarios, familiares de las víctimas y personas en contacto cercano con las víctimas de EVE, tanto fallecidas como vivas. Los brotes de EVE pueden causar estragos en las familias y comunidades. Sin embargo, se puede prevenir o controlar la infección si se cumple con las medidas de protección recomendadas en instalaciones de servicios de salud y en comunidades, en especial en reuniones o en los hogares. No se dispone de medicamentos ni vacunas específicas para uso de seres humanos y animales. Los pacientes gravemente enfermos necesitan cuidados intensivos.

Este brote destaca la importancia de desvincular el financiamiento para I&D de las oportunidades de mercado relacionadas con precios de monopolio.

Sistemas de salud

[EBSS/3/INF./2](#) describe los efectos devastadores que ha tenido el brote de Ébola en los sistemas de salud y las economías de los países afectados, pero destaca las oportunidades para adoptar un enfoque de desarrollo de sistemas de salud sólidos y coherentes.

El Ébola se convirtió en epidemia en Guinea, Liberia y Sierra Leona debido, en gran parte, a la debilidad de los sistemas de salud.

A pesar de los reconocidos retos preexistentes que afrontaban los sistemas de salud en los países afectados, sus desempeños previos a la EVE en relación con muchos indicadores se asemeja muchos otros países de la subregión, y ello plantea tanto la oportunidad como la necesidad de adoptar un enfoque internacional y regional más amplio orientado a desarrollar sistemas de salud sólidos y resistentes.

Los principios clave (párrafo 9) adoptados en la reunión de varios organismos nacionales e intergubernamentales en diciembre de 2014 revisten importancia fundamental, en particular:

En vez de crear un nuevo programa vertical para una enfermedad específica o responder a una crisis, las inversiones se deberán utilizar para desarrollar sistemas basados en los principios de la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal, con capacidad para responder a los diversos desafíos imprevistos que podrían surgir en el futuro.

Esta conclusión es contraria a las políticas adoptadas en los últimos 15 años (y más) por algunos de los donantes más influyentes de la OMS e incluso Estados Miembros (EM), instituciones altruistas y asociaciones público-privadas mundiales. Será un desafío crear un movimiento mundial para replantear el paradigma que ha dominado la asistencia para el desarrollo de la salud.

Actividades para preparar a los países no afectados

[EBSS/3/INF./3](#) destaca las actividades realizadas hasta la fecha para preparar a los países y las regiones no afectadas para responder ante la posible importación de EVE.

La aplicación plena del RSI es parte importante de esta preparación. El documento destaca que las capacidades básicas previstas en el RSI en los puntos de entrada de los 14 países evaluados son deficientes.

El documento describe la asistencia técnica que brindan los tres niveles de la Secretaría de la OMS para se disponga de la capacidades básicas requeridas para hacer frente a EVE.

Este ejercicio destaca las dudas que subsisten en torno a la capacidad operativa de las estructuras regionales de la OMS (véase Comentario de PHM/MSP en relación con el punto 5.3 sobre Reforma de la OMS, [aquí](#)).

RSI y el Ébola

[EBSS/3/INF./4](#) revisa la historia del RSI y destaca varias debilidades que se pusieron de manifiesto a raíz de la experiencia del Ébola: (i) siguen existiendo deficiencias en las capacidades básicas; (ii) retrasos en la publicación de información importante debido a susceptibilidades de los países; (iii) algunos Estados Partes no cumplen con las obligaciones relacionados con la aplicación de “medidas adicionales” aparte de las que recomienda el Comité de Emergencia.

El documento observa que:

Muy pocos países informaron a la OMS que estaban aplicando medidas adicionales que interferían considerablemente con el tráfico internacional y cuando se les pidió que justificaran sus medidas, pocos lo hicieron. El RSI deja a la Secretaría poco margen de influencia en la aplicación de las recomendaciones temporales o la justificación de la aplicación de medidas adicionales que, como el cierre de fronteras, tienen muchas posibilidades de perturbar los viajes o el comercio, o que pueden ser discriminatorias para las personas que viajen desde los países afectados y los países vecinos. Esta situación pone en riesgo la totalidad del RSI.

Aunque el documento no menciona el nombre de estos países, se sabe que entre éstos están varios de los más ricos y, en el caso de Australia, un gobierno renuente a contribuir con personal para ayudar en la crisis de África Occidental.

El documento plantea que:

En 2015 podrían celebrarse reuniones regionales coordinadas por las Oficinas Regionales de la OMS y la Secretaría mundial del RSI, incluido el Comité de Examen del RSI, en el marco de un proceso mundial destinado a identificar problemas y formular posibles soluciones que se sometieran en 2016 a la consideración del Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud

PHM / MSP insta a los Estados Miembros a apoyar este planteamiento.

Punto 2. Garantizar la capacidad de preparación y respuesta de la OMS ante futuros brotes y emergencias a gran escala y prolongados

En atención a:

[EBSS3/3](#) es bastante radical. Plantea que el enfoque de apoyo técnico y orientación normativa de la OMS ha contribuido a descuidar su capacidad operativa para hacer frente a los brotes y las emergencias.

Aunque con frecuencia la OMS ha sido llamada a apoyar a los Estados Miembros en su respuesta a las crisis, la complejidad y escala sin precedentes del actual brote de la enfermedad por el virus del Ébola demuestran que las capacidades, métodos y enfoques de la Organización no son necesariamente ampliables o adaptables a desafíos nuevos o de mayor magnitud. Además, el hecho de que la OMS se centre en el apoyo técnico y las orientaciones normativas ha dejado un vacío en la capacidad institucional para poner en marcha operaciones y en la valoración de su importancia.

[EB136/7](#) señala que:

“La complejidad y magnitud sin precedentes del brote ha puesto muy a prueba las estructuras y sistemas de gestión de la OMS. Dentro de su respuesta, se ha podido comprobar que algunos elementos cruciales – todos ellos objetivos del programa de reformas – presentan deficiencias persistentes, como es el caso de la movilización de recursos humanos, la eficiencia institucional, la armonización y eficacia de las actividades en los tres niveles de la Organización y la financiación.”

[EBSS3/3](#) afirma que la “OMS debe reforzar y modernizar considerablemente su capacidad de gestión de emergencias”; presenta cinco propuestas para adaptar, modernizar y reformar la OMS, e insta al Consejo Ejecutivo a que considere la posibilidad de adoptar una resolución en consonancia con las cinco recomendaciones propuestas. Éstas implican:

1. un reconocimiento y una delimitación clara del mandato y la función de la OMS en la respuesta de emergencia;
2. mecanismos eficaces de gestión de crisis que permitan a la OMS cumplir esa función;

3. capacidades adecuadas para aplicar de forma predecible los mecanismos de gestión de crisis;
4. una financiación adecuada y específica; y
5. un marco sólido para la gestión del desempeño y la rendición de cuentas.

Comentario de PHM/MSP

1. Mandato

PHM/MSP insta a los Estados Miembros a apoyar los argumentos presentados en los párrafos 7 & 8 relativos a la necesidad de que la OMS amplíe su mandato de gestión de riesgos en situaciones de emergencia y, en particular, su función operativa en la respuesta a las emergencias. PHM/MSP también insta a los Estados Miembros a reconocer la necesidad paralela de reafirmar el mandato de la OMS en relación con los determinantes sociales y políticos de la salud de la población y de la atención de salud eficaz.

El documento indica que “Tradicionalmente la identidad institucional de la OMS ha estado impulsada por su labor normativa y de carácter muy técnico”, pero ésta solo es una parte de la historia.

Varios de los EM (y donantes) ricos de la OMS han argumentado repetidas veces a favor de que la Organización se limite en su función a cuestiones técnicas y normativas. Se ha justificado el hecho de que continúe la suspensión de contribuciones señaladas como una estrategia para obligar a la OMS a mantenerse alejada de los determinantes sociales y políticos de la salud y de sistemas de salud eficaces.

El brote de Ébola ilustra la necesidad de reafirmar el mandato de la OMS, en relación tanto con la preparación para responder a emergencias como a los determinantes sociales y políticos de la salud y de los sistemas de salud (véase más [arriba](#)).

2. Reforma de los sistemas y estructuras de gestión de crisis de la OMS

Las recomendaciones de la Propuesta 2 son bastante radicales, pues proponen que:

El programa de respuesta ante emergencias se fusionaría en los tres niveles de la Organización, con los departamentos o las unidades de cada oficina de la OMS. La estructura estaría dirigida por una unidad de mando principal o una unidad de mando para incidentes durante las operaciones de respuesta, en la que se delegaría un número considerable de facultades de forma que el programa goce de un cuadro directivo específico y de líneas jerárquicas directas.

Sería desafortunado que las oficinas regionales y los que aboguen por la autonomía regional en los comités regionales se opusieran a esta propuesta.

La crisis del Ébola hizo patente las deficiencias de vieja data relacionadas con las estructuras regionales de la OMS. La creación de una capacidad integrada de respuesta ante emergencias en los tres niveles sería un paso positivo, pero PHM/MSP insta a los Estados Miembros a examinar la necesidad más fundamental de reestructurar las relaciones entre el centro y las regiones (véase el comentario de PHM/MSP en relación con el Punto 5.3 sobre la Reforma de la OMS [aquí](#)).

3. Ampliación de las capacidades, redes y asociaciones de la OMS

Las recomendaciones bajo este encabezado tienen sentido, pero puede ser objeto de debate que la integración explícita de la antropología como un componente básico de la dotación de personal de emergencia esté por encima de otras disciplinas importantes.

4. Mecanismo de financiación

EBSS3/3 (o EB136/49) argumenta que

Se debería prever una financiación adecuada para respaldar las operaciones cotidianas del programa de la OMS de gestión y respuesta ante riesgos de emergencia, así como un presupuesto de reserva del que se pueda disponer para brindar apoyo inmediato ante un aumento rápido de la demanda provocado por una emergencia que haya sido validada y que requiera respuesta.

En su comunicación sobre la respuesta al Ébola en el sitio web de *Global Health Check*, [Debbie Hiller](#) comenta que el Banco Mundial también ha recomendado establecer un fondo de contingencia para crisis sanitarias.

Es deprimente observar que la Oficina Regional de la OMS para África estableció el Fondo Africano para Emergencias de Salud Pública que sigue prácticamente sin financiamiento (véase [AFR/RC64/7](#)) y que el Banco Africano de Desarrollo ha rehusado apoyar (véase el comentario de PHM/MSP sobre el debate del Comité Regional o CR de la OMS para África [aquí](#).)

Queda claro que la suspensión ininterrumpida de contribuciones señaladas restringió mucho la respuesta de la OMS a la crisis del Ébola ([Gostin y Friedman 2014](#)). Así como es importante tener apartado un presupuesto que permita responder a situaciones de emergencia, también es fundamental que se ponga fin a la suspensión de contribuciones señaladas, se liberen las donaciones y se elimine la camisa de fuerza impuesta por los donantes (véase el comentario de PHM/MSP sobre el punto 5.3 de EB 136 Reforma de la OMS [aquí](#)).

5. Gestión del desempeño y rendición de cuentas

PHM/MSP insta a los Estados Miembros para que apoyen las propuestas descritas bajo este encabezado; sin embargo, observamos que toda referencia a la rendición de cuentas parece aplicarse solo a la Secretaría. Los Estados Miembros son parte de la OMS y, por lo tanto, deben rendir cuentas de sus contribuciones a la Organización y de la aplicación de las disposiciones y principios concertados.

En el contexto de la crisis del Ébola, el hecho de que algunos Estados Miembros hagan caso omiso de la obligación definida en el RSI de limitar y notificar a la OMS toda “medida adicional” adoptada, según lo descrito en [EBSS/3/INF./4](#), ejemplifica el deficiente intercambio de información de los EM con la OMS. Es una debilidad de la OMS, por la manera como opera actualmente, que los EM no asuman plenamente su responsabilidad de velar por la Organización.

Véase el comentario de PHM/MSP bajo el encabezado de Rendición de cuentas de los Estados en el punto 5.3 de EB 136 Reforma de la OMS ([aquí](#)).