



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



49.º CONSEJO DIRECTIVO

61.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009

Punto 8.2 del orden del día provisional

CD49/INF/2, Rev. 1 (Esp.)
17 de septiembre del 2009
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN MATERIA DE ASUNTOS TÉCNICOS: REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (INCLUYE EL INFORME SOBRE LA PANDEMIA [H1N1] 2009)

Introducción

1. El día 15 de junio de 2007 marca un hito para la salud pública mundial. En esta fecha, entró en vigor el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI [2005]) con el propósito de “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 y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales”.¹ En efecto, el RSI se ha convertido en el instrumento legal esencial para la seguridad sanitaria mundial. El RSI (2005) establece procedimientos para la notificación temprana a la OPS/OMS de eventos que representan riesgos para la salud mundial, entre otros los de origen químico y radionuclear y, en caso necesario, permite ofrecer una respuesta coordinada a ellos.

2. Se han notificado avances en las áreas de trabajo establecidas para la aplicación del RSI (2005) que contribuyen al logro de los objetivos estratégicos y los resultados esperados (1.4, 1.6, 1.8) estipulados en el plan estratégico de plazo medio para 2008-2013 en lo que atañe a la cooperación con los Estados Miembros a fin de que mejoren sus capacidades en materia de vigilancia de las enfermedades transmisibles, adquieran las capacidades básicas de alerta y respuesta ante epidemias y emergencias de salud pública, y para que la OPS/OMS coordine y ponga a disposición de los Estados Miembros, la capacidad regional necesaria para la detección, comprobación, evaluación de riesgos y respuesta ante epidemias y otras emergencias de salud pública de importancia internacional.

¹ Diez cosas que debe saber sobre el RSI (2005), OMS,
<http://www.who.int/ihr/about/10things/es/index.html>, consultado el 31 de marzo del 2009.

3. En el presente informe se detallan los avances de los Estados Miembros en el cumplimiento de los compromisos contraídos en la resolución WHA58.3 del 2005, que define el proceso de aplicación del Reglamento. En ese instrumento se estipula que los Estados Parte deben haber concluido la evaluación de las capacidades básicas necesarias para las tareas de vigilancia y respuesta (Anexo 1A del RSI) y de las capacidades básicas necesarias para la vigilancia en los puertos, aeropuertos y pasos fronterizos terrestres designados (Anexo 1B del RSI) a más tardar el 15 de junio de 2009; además, deberán contar con todas las capacidades faltantes a más tardar el 15 de junio del 2012. Por otro lado, al adoptar el RSI (2005) los Estados Miembros se comprometieron a poner en funcionamiento de inmediato los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el RSI (2005), que deberán estar funcionando en todo momento; a efectuar la evaluación del riesgo de eventos valiéndose del instrumento de decisión (Anexo 2 del RSI), a emitir la notificación antes de que hayan transcurrido 24 horas desde la evaluación de la información concerniente a los eventos que puedan constituir emergencias de salud pública, a designar los puertos y aeropuertos que deberán contar con las capacidades previstas en el Anexo 1B del RSI y a suministrar la lista de los puertos autorizados para expedir los certificados de control de sanidad a bordo.

Fomento de las alianzas regionales

4. Este compromiso colectivo particular requiere la colaboración estrecha entre la Organización y los Estados, asimismo la colaboración intersectorial dentro de los países, en especial, la colaboración entre las diferentes instancias administrativas y de gobierno, particularmente en los estados federales. Además, la colaboración es esencial entre los países vecinos, los socios comerciales y los miembros de iniciativas regionales de integración.

5. Dada la importancia que reviste la socialización y difusión del RSI (2005), en junio de 2007, se incorporó una página en el sitio web de la OPS con información útil y pertinente para los Estados Miembros: Vigilancia en salud pública, sistemas de alerta y respuesta y salud del viajero, entre otros; así como, un enlace electrónico a noticias de brotes de eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional. Cabe destacar que en algunos Estados Miembros (Brasil, Chile, México y Venezuela) se han emprendido iniciativas relacionadas con la creación de sitios web que contienen información detallada acerca de los componentes principales para el proceso de aplicación del Reglamento a nivel de país.

6. Las actividades coordinadas han contado con el apoyo de los siguientes sistemas de integración regional: a) el Subgrupo de Trabajo 11 (SGT-11) del MERCOSUR ha constituido la Comisión Intergubernamental de Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional con el propósito de armonizar las actividades de los países en materia de capacitación del personal pertinente, elaboración de formularios, interrelación con otros organismos vinculados con el RSI (2005), circuitos administrativos de documentación

relativa al RSI (2005), sistema de información y aplicación de las herramientas de evaluación de las capacidades básicas; b) el Organismo Regional Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), por medio de la resolución REMSAA XXIX/445-2008 acerca de la articulación de los sistemas de alerta y respuesta ha encabezado la armonización de la lista de enfermedades de notificación prioritaria con el MERCOSUR y la adaptación del instrumento de Vigilancia Epidemiológica del Convenio Hipólito Unanue (VIGICONHU2) para el intercambio de información entre países sudamericanos; c) el tratado constitutivo de la Unión de Naciones Suramericanas consigna en el plan de acción de UNASUR la prioridad de establecer el escudo epidemiológico a lo cual contribuirán las actividades emprendidas por el ORAS y el MERCOSUR; y d) Centroamérica, a través del acuerdo HON-XXIV-RESSCAD-3 para el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional, se compromete a divulgar y a incluir como problema prioritario y de seguridad regional el tema del Reglamento Sanitario Internacional en los programas de otros sectores, así como en los procesos de integración centroamericana (comercio, turismo, migración, salud, social) para su aplicación; además, se ejecutará oportunamente el proyecto de Cooperación Técnica entre Países (CTP) con el fin de que las evaluaciones de las capacidades básicas y los planes de acción estén terminados en 2009, y los Centros Nacionales de Enlace estén en pleno funcionamiento.

Fortalecimiento de los sistemas nacionales de prevención, vigilancia, control y respuesta a las enfermedades

7. El objetivo estratégico de mejorar la vigilancia y los sistemas de alerta y respuesta ante epidemias y emergencias de salud pública en los Estados Miembros en el marco del RSI (2005) parte de la evaluación de las capacidades básicas existentes. La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), en colaboración con la Comisión Intergubernamental de Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional de MERCOSUR, puso a disposición de los países las herramientas necesarias para facilitar esta evaluación que debe estar terminada a más tardar el 15 de junio de 2009. Hasta la fecha de elaboración de este documento, la información disponible muestra que 27 países ya terminaron la evaluación de sus capacidades de vigilancia y respuesta, de los cuales 17 se encuentran en América Latina y 10 en el Caribe de habla inglesa. En lo que respecta a la evaluación de las capacidades necesarias en los puntos de entrada, la información disponible indica que se ha efectuado la evaluación en 12 países latinoamericanos y 5 del Caribe de habla inglesa.

8. La utilización de los cuatro criterios del instrumento de decisión para la evaluación y la notificación de eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, a saber: repercusión grave para la salud pública, evento inusitado o imprevisto, riesgo significativo de propagación internacional y riesgo significativo de restricciones internacionales a los viajes o al comercio, han constituido un nuevo paradigma en el diálogo entre los Centros Nacionales de Enlace y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). Esto ha permitido concentrar la atención en la necesidad

de contar con información adecuada obtenida de las investigaciones efectuadas sobre el terreno, de brindar apoyo oportuno para controlar los eventos en su lugar de origen y, a la vez, alertar a los territorios y a las poblaciones expuestas al riesgo potencial de propagación. En los talleres subregionales impartidos por las redes de vigilancia se han realizado ejercicios de simulación que permiten a los participantes discutir la aplicación de los criterios ante situaciones reales.

9. Se realizaron tres reuniones subregionales (América del Sur, Centroamérica y el Caribe) con los encargados de los servicios nacionales de vigilancia con el objetivo de revisar y actualizar las funciones de los Centros Nacionales de Enlace, evaluar las capacidades básicas necesarias para la vigilancia y respuesta y analizar las operaciones de respuesta ante emergencias de salud pública.

10. En coordinación con las iniciativas de preparación ante una posible pandemia de influenza, prosiguió la capacitación de unos 60 funcionarios nacionales de salud y de 15 profesionales de la OPS, a fin de mejorar sus aptitudes como líderes de equipos de respuesta rápida. Algunos de los temas tratados fueron: coordinación, gerencia, comunicación, logística, movilización social y bioseguridad. Esta actividad se realizó en colaboración entre el Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades y el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Mitigación en Casos de Desastres, tanto para un equipo regional de la OPS como para expertos nacionales de Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Jamaica, Paraguay y Uruguay.

11. En colaboración con la sede de la OMS, el Ministerio de Salud del Brasil y el Ministerio de Salud de Chile se ha adaptado el sistema de manejo de eventos (EMS) para utilizarlo en los CNE; además, se preparó una guía operativa para el funcionamiento pleno de los Centros Nacionales de Enlace.

La seguridad sanitaria en los medios de transporte y los viajeros

12. La actualización de los profesionales encargados de la aplicación de las medidas de vigilancia y control sanitario en los puntos de entrada fue objeto de cuatro actividades regionales. Las primeras tuvieron lugar en México y Barbados para países de habla hispana e inglesa, respectivamente. En ellas se abordaron los siguientes puntos: obligaciones de los países y cronograma de ejecución de las capacidades básicas en los puntos de entrada de conformidad con el RSI (2005); validación de la herramienta para facilitar la evaluación de las capacidades básicas en los puntos de entrada y su instructivo; discusión de la metodología que se utilizará, elaboración del plan de acción para cerrar las brechas y del plan de vigilancia; y, actualización sobre los nuevos certificados para embarcaciones y aeronaves. Luego, se realizaron dos talleres con extensas sesiones de trabajos prácticos en embarcaciones de carga y de crucero, en Miami, EUA, y en Santos, Brasil, con el propósito de revisar el proceso de inspección y

expedición del certificado de control de sanidad a bordo y acelerar la creación de la red de funcionarios responsables de la sanidad portuaria.

13. Dentro de las iniciativas relacionadas con los problemas de los puntos de entrada, se ha colaborado con el Grupo Técnico Asesor en Seguridad Portuaria de la Organización de los Estados Americanos con el objetivo de incluir el tema de las capacidades básicas necesarias en los puertos designados, tanto en lo que respecta a las actividades de rutina como a las dirigidas a responder a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional.

Fortalecimiento de los sistemas de alerta y respuesta de la OPS

14. El Punto de contacto regional para el RSI (2005) designado, que es el Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, mantuvo la labor de los profesionales del Equipo de Alerta y Respuesta de ese Proyecto para las acciones de inteligencia epidémica, verificación de eventos identificados de fuentes no oficiales, evaluación de riesgos y coordinación de la respuesta. Estas actividades están apoyadas por asesores de otras unidades de la OSP, tanto de la Sede (Inmunizaciones, Emergencias y Desastres, Tecnologías en Salud, entre otras), como de las instancias descentralizadas y de las oficinas en los países y se ejecutan en coordinación con la Sede de la OMS y las cinco Oficinas Regionales de la OMS. El Punto Focal Regional funciona en turnos de guardias epidemiológicas accesibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La comunicación se hace a través del correo electrónico ihr@paho.org; y del teléfono 001-202-368-8929 o fax 001-202-351-0548.

15. La OPS utiliza el sistema de manejo de eventos (EMS) creado por la Sede de la OMS en Ginebra para facilitar la gestión de la información sobre eventos y brotes; a partir de mayo de 2009 se actualizó la plataforma informática que ahora utiliza una aplicación web, lo que permitirá acelerar el proceso de implantación del sistema unificado en los tres niveles de la Organización para el registro sistemático de la información; la evaluación del riesgo; las decisiones adoptadas por la Organización, y las intervenciones ejecutadas.

16. El Equipo de Alerta y Respuesta efectúa a diario una sesión de revisión y evaluación del riesgo de eventos identificados recientemente y de los que se encuentran en la fase de seguimiento para decidir si deben tomarse medidas inmediatas de solicitud de verificación, emisión de alertas e identificación de necesidades de cooperación técnica.

17. Como parte del desarrollo profesional del personal que trabaja en las oficinas de país de la OPS y en el marco de las actividades de aplicación del RSI (2005) tuvo lugar en Bogotá, Colombia, una reunión técnica donde se trataron los temas de inteligencia

epidémica, manejo coordinado de brotes, apoyo a los CNE y actualización del inventario de expertos regionales para la movilización en respuesta a situaciones de emergencia de salud pública.

18. De enero a diciembre de 2007, se han registrado en la Región 78 eventos de salud pública de posible importancia internacional, mientras que para el mismo período en 2008 se registraron 56 eventos. En cuanto a la fuente de información inicial, en 2007, el 58% (45) de los eventos fueron captados por el sistema de alerta de la OPS, 32% de ellos (25) fueron notificados por instituciones gubernamentales diferentes a los CNE; y 10% (8) fueron notificados por los CNE. Durante el mismo período en 2008, se observó que 54% (30) de los eventos fue captado a través del sistema de alerta de la Organización, 28% (16) fue notificado por los CNE y solo 10% (8) provino de instituciones gubernamentales diferentes a los CNE. En relación con la respuesta, de los 113 eventos registrados a partir de la aplicación del RSI (2005) en junio de 2007, en 58 (51%) de los mismos la Organización ha brindado algún tipo de cooperación ya sea a través de la oficina de país o de la Sede. En el transcurso de ese mismo período, los Centros Nacionales de Enlace notificaron 24 eventos con posibles repercusiones en la salud pública internacional. En 66% (16) de ellos, la Organización ha prestado apoyo para su control a nivel local.

19. Cabe mencionar el aumento considerable de la cobertura y la calidad de la evaluación del riesgo de los eventos, así como la actividad de los CNE en el suministro de información inicial sobre eventos que ocurren en su territorio. De los eventos captados por el sistema de alerta de la OPS con potencial para constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, 100% se verificaron por medio del Equipo de Alerta y Respuesta ante Epidemias de la Sede de la OPS/OMS, en estrecha coordinación con las oficinas de país, las unidades técnicas y los Centros Nacionales de Enlace.

20. Luego de la entrada en vigor del RSI (2005), se han venido realizando pruebas semestrales para evaluar los sistemas de comunicación entre la OPS y los CNE designados, para lo cual se emiten mensajes a través del correo electrónico, teléfono o fax. Los resultados muestran una respuesta positiva para la comunicación telefónica en el caso de 29 de los 33 países a los que se enviaron mensajes; sin embargo, se recibieron respuestas a los mensajes de correo electrónico luego de 48 horas del envío solamente de nueve países. Por otro lado, se obtuvo información sobre la cobertura de atención durante 24 horas, los 7 días de la semana en los CNE de 28 países; de estos, 26 cuentan con este servicio. La escasez de recursos humanos, la rotación elevada del personal responsable y las restricciones a las llamadas internacionales entre otros, se mencionan como factores relacionados con la falta de cobertura.

21. En la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) se avanzó en la preparación de los planos de arquitectura para la instalación del Centro de Operaciones de Emergencia (COE) en el edificio principal, con el propósito de asegurar el acceso a la información

oportuna y fidedigna sobre eventos que amenazan la salud pública, permitir a la Organización evaluar los riesgos para la salud y responder a ellos cuando los países lo requieran. El equipo de profesionales que trabajarán en este espacio estará formado por asesores en alerta y respuesta ante epidemias/RSI y en preparativos para emergencias y desastres; y se regirán por procedimientos operativos estándar.

Monitoreo y asuntos legales

22. Con el objeto de determinar si el marco legal de los Estados Miembros fuera adecuado para facilitar el cumplimiento pleno del RSI (2005), se efectuaron reuniones técnicas con los encargados del área de Legislación en salud de la OPS, la coordinación del RSI (2005) en la Sede de la OMS y expertos de las universidades Georgetown (Centro Colaborador de la OPS/OMS para ética y salud) y George Washington para determinar ámbitos de colaboración para apoyar a los países en la revisión de la legislación nacional de salud en el proceso de aplicación del RSI (2005).

23. En 2009, en Barbados, se realizó un taller con los asesores jurídicos de los países del Caribe de habla inglesa para propiciar el intercambio de ideas acerca de los procesos en marcha destinados a la revisión de la legislación vigente y familiarizarlos con las guías y materiales de referencia elaborados por la OMS para tal fin. Los participantes determinaron los temas prioritarios para empezar o acelerar los procesos de revisión con la ayuda de asesores regionales de la OPS, de la Sede de la OMS y del gobierno de Canadá. En 2009, se realizará un taller similar para los países de América Latina.

24. A pesar de los progresos que realizan los países en el establecimiento de los Centros Nacionales de Enlace y en la evaluación y el fortalecimiento de la capacidad básica necesaria para la detección temprana y el control de eventos que pueden constituir emergencias de salud pública internacional, la aplicación plena del RSI (2005) como compromiso político de Estado requiere de un esfuerzo sostenido bajo el liderazgo de los ministerios de salud.

Intervención del Consejo Directivo

25. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota del presente informe.

Anexo

INFORME SOBRE LA PANDEMIA (H1N1) 2009

Introducción

1. En este documento se intenta examinar el funcionamiento y la aplicación de los distintos aspectos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI (2005)) en el contexto de la aparición de un nuevo virus de la gripe, el A (H1N1), en abril del 2009.
2. El 25 de abril del 2009, la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció oficialmente, por primera vez desde la entrada en vigor del RSI (2005) el 15 de junio del 2007, la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional. La declaración fue motivada por la detección, el 21 de abril, de un nuevo virus de la gripe, el A (H1N1), realizada por los laboratorios de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América (EUA).
3. Se trataba de un virus de la gripe que no había circulado previamente en seres humanos y que ocasionó dos casos detectados en dos países del continente americano, los Estados Unidos de América y México. Esta situación cumplía con los criterios definidos en el instrumento de decisión para la evaluación y notificación de eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional (Anexo 2 del RSI [2005]), en el que se establece que la detección de un caso de gripe humana causada por un nuevo subtipo de virus es de notificación obligatoria inmediata a la OMS.
4. Hasta la fecha de elaboración de este documento, habían transcurrido 46 días desde la declaración oficial de la emergencia de salud pública de importancia internacional y se habían notificado 27.772 casos confirmados de gripe causada por el nuevo virus, el A (H1N1), además de 142 defunciones en 73 países de 5 de las 6 regiones de la OMS.

Revisión del funcionamiento y la aplicación del RSI (2005)

Finalidad y alcance

5. Uno de los objetivos del RSI (2005) es el de prevenir la propagación internacional de enfermedades. La declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional permitió alertar a los países acerca de la existencia de este riesgo potencial y activar de manera inmediata los planes de contingencia previstos para la preparación en caso de una pandemia. En este sentido, la aplicación de los mecanismos del RSI (2005) fue eficaz.

6. La existencia simultánea de casos con propagación amplia en dos países de la Región de las Américas, impidió aplicar las medidas de contención previstas en caso de que se detectara un virus de potencial pandémico únicamente en conglomerados. En consecuencia, la respuesta inicial se centró en la mitigación del impacto que pudiera tener este nuevo virus desde el punto de vista de la morbilidad, la mortalidad y los trastornos sociales, tratando al mismo tiempo de minimizar las trabas innecesarias para el tráfico y el comercio internacionales.

Información y respuesta de salud pública

Vigilancia

7. Los países afectados hicieron uso de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta contempladas en el RSI (2005) ante la aparición de eventos que pueden constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional. Este evento permitió poner a prueba el funcionamiento tanto de los sistemas de vigilancia en los niveles local, subnacional y nacional como las capacidades de laboratorio, que desempeñaron una función clave al inicio del brote.

8. El evento demostró la importancia de contar con mecanismos regulares de vigilancia que permitan llevar a cabo la evaluación de riesgos con los criterios definidos por el RSI (2005): la importancia para la salud pública; la aparición inusitada o imprevista; el riesgo de propagación internacional; y las consecuencias para el tráfico y el comercio internacionales. También demostró la utilidad de contar con equipos de respuesta rápida listos para desplazarse al lugar donde ocurran estos eventos.

9. Los Centros Nacionales de Enlace (CNE) desempeñaron un papel clave en la articulación del sistema de vigilancia, tanto en el interior de los países, como con otros países y la OMS. La presencia de una estructura designada oficialmente, que funcionaba en forma permanente y continua, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con teléfonos y correos electrónicos exclusivos, facilitó la comunicación eficaz y la coordinación de la vigilancia y de la respuesta internacional.

Notificación

10. La detección inicial del nuevo virus de la gripe, el A (H1N1), fue notificada por los canales oficiales y de acuerdo a los plazos establecidos en el RSI (2005). La existencia de un protocolo definido y comprobado de comunicación entre los CNE y el punto de contacto de la OMS en la región permitió conocer y difundir rápidamente la información.

Verificación

11. Desde mediados de abril, la OMS en el marco de las atribuciones que le confiere el RSI (2005), inició un proceso de verificación de eventos, el cual se benefició también del uso de información no oficial, en relación con notas difundidas en la prensa acerca de un brote de enfermedad respiratoria grave en una localidad de México. Días después, se solicitó una segunda verificación sobre otro artículo de prensa que informaba de una muerte por un síndrome respiratorio agudo grave en otra región de ese país. Ambos eventos fueron verificados oportunamente por el CNE de México.

12. Este proceso de verificación contribuyó a que las autoridades sanitarias de ese país alertaran a su sistema de vigilancia. Como resultado, se detectó rápidamente un brote de enfermedad respiratoria grave en la Ciudad de México y su área metropolitana y se enviaron muestras de más de 50 casos sospechosos a un Laboratorio de Referencia en Winnipeg, Canadá. Estas acciones permitieron confirmar que los casos detectados en México se debían al mismo virus identificado por los CDC en EE.UU., y así se vincularon estos eventos.

13. Cabe mencionar que en los meses anteriores a la detección de estos casos se habían solicitado verificaciones de la existencia esporádica de casos humanos causados por un virus de la gripe A de origen porcino en los Estados Unidos. Sin embargo, al ser caracterizados se demostró que estos virus no se transmitían de una persona a otra. Investigaciones adicionales podrían aclarar la posible relación entre ambos eventos.

Declaración de la emergencia

14. A partir de la notificación inicial de la detección del nuevo virus de la gripe, el A (H1N1) se desencadenaron todos los mecanismos previstos en el RSI (2005) para la evaluación del riesgo. El 25 de abril, la Directora General de la OMS convocó al Comité de Emergencia por primera vez desde la entrada en vigor del RSI (2005), con el objeto de que la asesorara acerca de la pertinencia de declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional, la determinación de la fase de alerta pandémica correspondiente y las medidas de salud pública procedentes sobre la base de la información disponible sobre el evento.

15. El Comité, compuesto por expertos de distintas disciplinas provenientes de todas las regiones de la OMS, respondió a una convocatoria realizada con menos de 24 horas de anticipación y contó además con la participación de profesionales designados por los Estados Miembros donde estaban ocurriendo los casos. Las deliberaciones del Comité tuvieron como resultado que la Directora General decidiera declarar este evento como una emergencia de salud pública de importancia internacional. Desde esa fecha, se ha convocado al Comité en tres ocasiones más y luego de esas reuniones la Directora General tomó las siguientes decisiones: elevar la fase de alerta pandémica de 3 a 4; de 4 a

5; y finalmente, el 11 de junio, pasar de la fase 5 a la 6, la más alta en la escala de la OMS, lo que indica que está en curso una pandemia.

Difusión de información a los Estados Miembros

16. En cumplimiento de las disposiciones del RSI (2005), la OMS ha enviado de manera continua a los CNE, a través de un portal de Internet de acceso restringido, toda la información que ha recibido relacionada con este evento, incluso antes de la declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional. De esta manera, los países pudieron adoptar las medidas pertinentes para detectar y controlar la propagación de posibles brotes.

Medidas de salud pública

Recomendaciones temporales

17. El Comité de Emergencia del RSI (2005) también tiene el mandato de asesorar a la Directora General acerca de las medidas sanitarias de carácter temporal que los Estados Miembros habrán de aplicar en relación con las personas, las mercancías y los medios de transporte, entre otros, para prevenir o reducir la propagación internacional. Al declarar la emergencia de salud pública de importancia internacional, la Directora General recomendó intensificar la vigilancia para detectar lo más rápido posible cualquier brote inusual de enfermedad de tipo gripal y de neumonías graves. Las sucesivas deliberaciones del Comité han dado lugar a recomendaciones de que no se cierren las fronteras ni se restrinjan los viajes internacionales; de que las personas enfermas pospongan sus viajes internacionales y de que aquellos que presenten síntomas después de un viaje busquen atención médica de inmediato. Finalmente, la Directora General también ha recomendado continuar con la producción de la vacuna antigripal estacional, sujeta a evaluaciones posteriores y a la evolución de la situación.

Respuesta de salud pública

Nacional

18. Entre los compromisos contraídos por los Estados Miembros al adoptar el RSI (2005), se encuentra el fortalecimiento de las estructuras y los recursos nacionales existentes para garantizar una respuesta de salud pública adecuada a los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional.

19. La emergencia creada por el nuevo virus de la gripe A (H1N1) ha permitido identificar las fortalezas y debilidades en los distintos componentes de la respuesta de salud pública, entre ellas: la atención médica, el diagnóstico virológico, la investigación epidemiológica, la movilización de equipos de respuesta rápida, la comunicación de riesgos y la aplicación de planes de contingencia en los puntos de entrada.

20. Las actividades de cooperación técnica de la OMS dirigidas a fortalecer estas capacidades, así como el proceso de preparación para una pandemia en marcha desde el 2005, han contribuido a que en la actualidad los Estados Miembros se encuentren mejor preparados para enfrentar una pandemia. No obstante, muchos de ellos todavía tienen que alcanzar cabalmente las capacidades establecidas por el RSI (2005) y concluir la ejecución de los planes de acción delineados para tal fin.

21. Deberá asignarse particular importancia a las brechas identificadas durante la presente emergencia, entre las que sobresalen el acceso al diagnóstico de laboratorio; la integración de los sistemas de vigilancia de la morbilidad, ambulatoria y hospitalaria, de vigilancia de laboratorio y de vigilancia en animales; la dificultad de caracterizar adecuadamente los riesgos, patrones de transmisión y gravedad e incluso las defunciones causadas por el nuevo virus de la gripe, el A (H1N1). Estas brechas podrían estar asociadas a la rápida progresión de la epidemia, cuyo aumento acelerado de casos ha sobrepasado las capacidades de investigación sobre el terreno, así como los recursos humanos y financieros disponibles en la mayoría de los países, independientemente de su nivel de desarrollo.

Internacional

22. El RSI (2005) contempla la oferta de colaboración internacional a los países afectados o amenazados por una emergencia, lo que abarca la orientación y la cooperación técnica; la movilización de expertos internacionales que presten asistencia sobre el terreno y la dotación de los insumos requeridos para hacer frente a la situación. Durante el proceso de verificación de eventos de la emergencia actual, México aceptó el apoyo técnico ofrecido por la OPS/OMS de forma tal que al declararse la emergencia de salud pública de importancia internacional ya había un equipo de expertos internacionales trabajando sobre el terreno.

23. Una vez declarada la emergencia de salud pública de importancia internacional se activaron las salas de situación de las oficinas centrales y regionales de la OMS. Desde estas salas se dio seguimiento a la evolución y propagación de la enfermedad, con lo cual se facilitó la coordinación de la respuesta mundial y regional, en especial, la distribución de las reservas regionales y mundiales de medicamentos antivíricos, equipos de protección personal, equipamiento e insumos de laboratorio y la asignación de recursos financieros extraordinarios.

24. La presente emergencia de salud pública de importancia internacional ha contribuido notablemente al desarrollo de otras capacidades tanto en los Estados Miembros como en la misma OMS, al conformarse grupos de expertos para la conceptualización de orientaciones técnicas, la elaboración y publicación de guías y lineamientos sobre medidas para la prevención y el control a ser aplicadas por las autoridades nacionales, las personas y las comunidades. Se elaboraron rápidamente

mecanismos de cooperación virtual para facilitar el intercambio de información y el abordaje de aspectos prioritarios de la respuesta a la emergencia de salud pública de importancia internacional, con los Ministros de salud y los equipos técnicos de los Estados Miembros y entre ellos.

25. Asimismo, desde la declaración de la emergencia se ha proporcionado al público, tal como lo estipula el RSI (2005), información relevante de manera permanente a través de los medios de comunicación y el uso extensivo de vías de comunicación alternativa (Internet, Twitter, podcast, rss).

Conclusión

26. Los principios de la colaboración entre los Estados Miembros y la comunidad internacional auspiciados por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) han estado presentes desde las etapas de verificación previas a la declaración de esta emergencia de salud pública de importancia internacional.

27. Si bien estos principios se pusieron en práctica de inmediato, gracias al acceso a pruebas diagnósticas, al intercambio de expertos, a la capacitación en el servicio, al suministro de insumos y equipamiento y al intercambio continuo de información, también quedaron de manifiesto algunas brechas importantes en las capacidades nacionales de respuesta de salud pública.

28. Esta emergencia, a la que todos los países están o estarán expuestos, reafirma la necesidad de seguir trabajando en la creación y ampliación de las capacidades básicas contempladas por el Reglamento. Estas son un elemento indispensable para alcanzar la seguridad sanitaria mundial y evitar la propagación internacional de enfermedades.