



**COVID-19.
Hagamos que
esta sea la última
pandemia**

COVID-19. Hagamos que esta sea la última pandemia

Índice

PREFACIO	4
ABREVIATURAS.....	6
1. INTRODUCCIÓN	6
2. LA DEVASTADORA REALIDAD DE LA PANDEMIA DE COVID-19.....	7
3. EL GRUPO HACE UN LLAMAMIENTO PARA QUE SE TOMEN MEDIDAS INMEDIATAS QUE DETENGAN LA PANDEMIA DE COVID-19.....	9
4. QUÉ HA SUCEDIDO, QUÉ HEMOS APRENDIDO Y QUÉ DEBE CAMBIAR.....	12
4.1 ANTES DE LA PANDEMIA: LA FALTA DE UNA PREPARACIÓN ADECUADA.....	12
4.2 UN VIRUS QUE AVANZA MÁS RÁPIDAMENTE QUE EL SISTEMA DE VIGILANCIA Y ALERTA.....	17
4.2.1 LOS PRIMEROS CASOS NOTIFICADOS	17
4.2.2 DECLARACIÓN DE UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL	19
4.2.3 DOS MUNDOS A DISTINTA VELOCIDAD	21
4.3 LAS PRIMERAS RESPUESTAS CARECIERON DE SENTIDO DE URGENCIA Y DE EFICACIA	23
4.3.1 LOS PAÍSES QUE ACERTARON ACTUARON DE FORMA PROACTIVA; LOS QUE NO, SE LIMITARON A NEGAR LA EVIDENCIA Y A RETRASAR LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS	24
4.3.2 LA CRISIS DE LOS SUMINISTROS	26
4.3.3 ENSEÑANZAS DERIVADAS DE LA RESPUESTA TEMPRANA	28
4.4 LA INCAPACIDAD DE MANTENER LA RESPUESTA ANTE LA CRISIS.....	29
4.4.1 LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD ESTÁN SOMETIDOS A UNA ENORME PRESIÓN	29
4.4.2 EMPLEOS EN RIESGO	29
4.4.3 NACIONALISMO VACUNAL.....	30
5. RECOMENDACIONES DEL GRUPO INDEPENDIENTE PARA TRANSFORMAR EL SISTEMA INTERNACIONAL DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE UNA PANDEMIA.....	33
6. UNA HOJA DE RUTA PARA EL FUTURO.....	48
ANEXO: EL CONSEJO MUNDIAL SOBRE AMENAZAS PARA LA SALUD – MANDATO.....	55
7. ACERCA DEL GRUPO Y SU LABOR	59
REFERENCIAS.....	66

Prefacio

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad y fragilidad del mundo en el que vivimos. El virus ha trastocado las sociedades, ha puesto a la población mundial en grave peligro y ha hecho aflorar profundas desigualdades. Las divisiones y la desigualdad entre los países y dentro de ellos se han exacerbado, y las repercusiones han afectado gravemente a las personas marginadas y desfavorecidas. En menos de un año y medio, el coronavirus de 2019 ha infectado al menos a 150 millones de personas y ha causado la muerte de más de tres millones de ellas. Es la peor crisis sanitaria y socioeconómica conjunta que se recuerda, y una catástrofe a todos los niveles.

El nuevo milenio ha sido testigo de los estragos que pueden causar amenazas para la salud de alcance mundial como el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), el ébola y el zika. Los expertos han advertido de la amenaza de nuevas enfermedades pandémicas y han instado a que se introduzcan cambios radicales en la forma de protegerse contra ellas, pero no se ha producido la transformación necesaria. Tan pronto como una amenaza para la salud o un brote mortal desaparece de la memoria, la complacencia se instala en lo que se ha denominado un ciclo de pánico y negligencia. Hay que poner fin a ese ciclo.

La COVID-19 es para el siglo XXI lo que Chernobyl fue para el siglo XX, no porque un brote epidémico se parezca a un accidente nuclear, sino porque ha puesto de manifiesto la gravedad de la amenaza que pesa sobre la salud y el bienestar de la humanidad. Ha provocado una crisis tan profunda y extensa que los presidentes, primeros ministros y jefes de organismos internacionales y regionales deben aceptar ahora urgentemente su responsabilidad para transformar la forma en que el planeta se prepara y responde ante las amenazas para la salud de alcance mundial. Si no es ahora, ¿cuándo?

Nuestro mensaje de cambio es claro: pongamos fin a las pandemias. Si no nos tomamos en serio ese objetivo, condenaremos al mundo a catástrofes sucesivas.

Al mismo tiempo, hemos realizado un minucioso examen de los datos científicos disponibles, que ha puesto de manifiesto la existencia de fallos y deficiencias en las medidas adoptadas a nivel nacional e internacional que deben corregirse. Las instituciones actuales, públicas y privadas, no han logrado proteger a la población de una pandemia devastadora. Si no se realizan cambios, no se podrá prevenir una pandemia. Por ello, el Grupo recomienda que se lleve a cabo una transformación profunda que garantice el compromiso al más alto nivel con un nuevo sistema que esté coordinado, conectado, sea ágil, transparente, justo y equitativo; en otras palabras, un sistema integral de preparación y respuesta ante pandemias en que la población pueda confiar y estar segura de que permitirá que esté sana y salva.

Dada la devastación provocada por esta pandemia y sus efectos en la población de todo el mundo, las conclusiones a las que hemos llegado son forzosamente rigurosas, y nuestras recomendaciones, factibles.

Desde septiembre de 2020, el Grupo independiente ha recibido información de numerosas partes interesadas: trabajadores de la salud de primera línea, mujeres, jóvenes, alcaldes, ministros, científicos, directores generales, funcionarios internacionales y diplomáticos. También hemos escuchado alto y claro que la población exige el fin de esta pandemia, que es lo que merece. Los dirigentes de todos los países deben, como garantes de derechos, dar respuesta a esas demandas.

La pandemia aún no ha terminado y sigue cobrándose la vida de más de 10 000 personas al día. Por consiguiente, nuestras recomendaciones apuntan en primer lugar a las medidas inmediatas que es necesario adoptar para frenar la transmisión y para empezar a trabajar ahora a fin de fortalecer la protección de cara al futuro. En muchos países, la población sigue sufriendo oleadas sucesivas de la infección: los hospitales vuelven a estar saturados de pacientes de COVID-19 y muchas familias están perdiendo a sus seres queridos. Las vacunas disponibles representan una victoria desde el punto de vista científico, pero ahora hay que distribuirlas por todo el planeta. En el momento de redactar el presente informe, menos de una de cada 100 personas de los países de ingresos bajos había recibido una primera dosis, lo que es una demostración clara de la desigualdad mundial. A medida que el virus se propaga, también muta y plantea nuevos problemas.

Debemos trabajar juntos para poner fin a la pandemia y hemos de actuar sin dilación para evitar la siguiente. Hagamos que la historia diga que los líderes de hoy tuvieron la valentía de actuar.

Honorable Sra. Helen Clark. Copresidenta.

Excma. Sra. Ellen Johnson Sirleaf. Copresidenta.

Mauricio Cárdenas, Aya Chebbi, Mark Dybul, Michel Kazatchkine, Joanne Liu, Precious Matsoso, David Miliband, Thoraya Obaid, Preeti Sudan, Ernesto Zedillo, Zhong Nanshan.

Abreviaturas

Acelerador ACT	Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19
AOD	asistencia oficial para el desarrollo
CDC de África	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África
CEPI	Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias
COVID-19	enfermedad por el coronavirus de 2019
EPP	equipo de protección personal
ESPII	emergencia de salud pública de importancia internacional
FMI	Fondo Monetario Internacional
Fondo Mundial	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
I+D	investigación y desarrollo
Mecanismo COVAX	Mecanismo Mundial de Acceso a las Vacunas contra la COVID-19
MERS	Síndrome respiratorio de Oriente Medio
OMC	Organización Mundial del Comercio
ProMED	Programa de Seguimiento de Enfermedades Emergentes
RSI (2005)	Reglamento Sanitario Internacional (2005)
SARS-CoV-2	coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo de tipo 2
SRAS	síndrome respiratorio agudo severo
WHA	Asamblea Mundial de la Salud

1. Introducción

El mundo sigue inmerso en una pandemia que se ha propagado más extensa y rápidamente que ninguna otra en la historia de la humanidad. La crisis social y económica precipitada por la COVID-19 afecta a las familias, las comunidades y las naciones de todo el planeta.

Ante la gravedad de la crisis, en mayo de 2020 la Asamblea Mundial de la Salud pidió al Director General de la OMS que llevara a cabo un examen imparcial, independiente y exhaustivo de la respuesta sanitaria internacional a la COVID-19, así como de la experiencia acumulada y las enseñanzas derivadas de esta, y que formulara recomendaciones para mejorar las capacidades de cara al futuro. El Director General pidió a la Excm. Sra. Ellen Johnson Sirleaf y a la Muy Honorable Sra. Helen Clark que crearan un grupo independiente con ese fin y que presentaran un informe a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2021.

El Grupo ha adoptado un enfoque sistemático, riguroso y exhaustivo en su trabajo. Ha tratado de escuchar a un amplio espectro de interlocutores y aprender de ellos. Desde mediados de septiembre de 2020, el Grupo ha examinado una gran cantidad de documentación; ha llevado a cabo una investigación original; ha escuchado a expertos en 15 mesas redondas y en entrevistas; ha recogido el testimonio de personas que trabajan en la primera línea de la pandemia en reuniones con participación ciudadana; y ha recibido numerosas [aportaciones](#) en respuesta a su invitación abierta a contribuir.

El Grupo ha examinado el estado de la preparación ante una pandemia antes de la aparición de la COVID-19; las circunstancias en que se detectó el síndrome respiratorio agudo severo de tipo 2 (SARS-CoV-2) y la enfermedad que provoca, la enfermedad por coronavirus (COVID-19), así como, la respuesta a nivel mundial, regional y nacional, en especial, en los primeros meses de la pandemia. También ha analizado los efectos a gran escala de la pandemia y la actual crisis social y económica que ha precipitado.

En el presente informe se exponen las conclusiones del Grupo sobre los acontecimientos ocurridos, las enseñanzas que deben extraerse de ellos y nuestras recomendaciones sobre las medidas estratégicas que han de adoptarse en este momento para poner fin a la pandemia y garantizar que cualquier brote futuro de una enfermedad infecciosa no se convierta en una pandemia de consecuencias catastróficas.

Como complemento a este informe, el Grupo presenta un informe adicional en el que se presentan trece momentos decisivos que han marcado el curso de la pandemia. Además, el Grupo publica una serie de documentos de antecedentes que reflejan la minuciosa investigación llevada a cabo e incluyen una cronología de la respuesta inicial.

Las recomendaciones son ambiciosas y determinantes. El Grupo considera que el sistema internacional requiere una transformación drástica a fin de poder prevenir una posible futura pandemia. Hace un llamamiento a los responsables políticos de todos los niveles para que defiendan la introducción de cambios radicales y pongan a disposición los recursos necesarios para que sean efectivos. La petición es ambiciosa y constituye un auténtico desafío, pero la recompensa es aún más importante y beneficiosa. Con tantas vidas en juego, ahora es el momento de actuar con determinación.

2. La devastadora realidad de la pandemia de COVID-19

La COVID-19 ha demostrado cómo una enfermedad infecciosa puede arrasarse el planeta en pocas semanas y hacer retroceder el desarrollo sostenible varios años en el espacio de unos meses.

A todas luces, las repercusiones de la pandemia han sido colosales:

- *Se ha confirmado que 148 millones de personas se han infectado y que más de 3 millones han muerto en 223 países, territorios y zonas (a 28 de abril de 2021) (1).*
- *Al menos 17 000 trabajadores de la salud fallecieron a causa de la COVID-19 durante el primer año de la pandemia (2).*
- *Se calcula que se perderán US\$10 billones en la producción mundial de aquí a finales de 2021 y US\$22 billones entre 2020 y 2025, lo que supone la mayor conmoción en la economía mundial desde la Segunda Guerra Mundial y la mayor contracción simultánea de las economías nacionales desde la Gran Depresión de 1930-1932 (3).*
- *En su momento álgido en 2020, el 90% de los escolares no podían asistir a la escuela (4).*
- *Diez millones más de niñas corren el riesgo de contraer matrimonio de forma prematura a causa de la pandemia (5).*
- *Los servicios de apoyo contra la violencia de género han quintuplicado su demanda (6).*
- *Entre 115 y 125 millones de personas se han visto abocadas a la pobreza extrema (7).*

El lenguaje de las estadísticas sanitarias y de la economía no puede transmitir la magnitud de los trastornos que la COVID-19 ha provocado en la vida de la población. La gente llora la pérdida de sus seres queridos, y quienes padecen secuelas prolongadas derivadas de la enfermedad siguen sufriendo. Hay casos de personas enfermas de cáncer que no han podido asistir a las sesiones de quimioterapia y de personas que se sospechaba que podían tener tuberculosis que no han sido diagnosticadas ni tratadas. Los vendedores de los mercados no han podido trabajar para llevar el pan a su casa. Las mujeres han visto triplicada o cuadruplicada su doble carga de trabajo, ya que intentan mantener los ingresos familiares, cuidar de los ancianos y los enfermos, ejercer como maestras de sus hijos, que se instruyen desde casa, y mantener el bienestar de sus familias.

Lo más desalentador es que los que menos tenían antes de la pandemia tienen aún menos ahora. La experiencia de epidemias anteriores indica que la desigualdad en los ingresos aumentó en los países afectados durante los cinco años siguientes a cada brote. Quienes trabajan en el sector informal han tenido poco o ningún apoyo. Los migrantes, los refugiados y los desplazados a menudo se han visto excluidos de los servicios de pruebas de detección y de los establecimientos de salud. Es posible que 11 millones de las niñas más pobres del mundo no vuelvan a las aulas (8). Las personas que viven en los países más pobres son los últimos en la cola de vacunación.

Pero todo esto no tiene por qué ser así.

Existe una corriente de opinión que está decidida a atajar la desigualdad para que podamos salir de la pandemia con la mirada puesta en un mundo mejor, manteniendo las medidas adoptadas y ampliándolas donde han permitido seguir una senda más adecuada. Los gobiernos han ofrecido apoyo en materia de ingresos a millones de personas en lugares donde antes de la pandemia ello se consideraba imposible políticamente. Los servicios de salud basados en campañas como la de vacunación se han recuperado en poco tiempo. La prestación de servicios de salud está cambiando, y está mejorando gracias a iniciativas centradas en las personas, como la telemedicina, o la distribución de medicamentos durante varios meses. Los vínculos entre un futuro verde y sostenible y un mundo donde no haya pandemias se están trazando con más claridad que nunca.

El fin inmediato de esta pandemia debe ir acompañado de una preparación que permita evitar otra pandemia. Prestar atención a los errores y a los aciertos facilitará que se pueda encontrar el modo de que el mundo pueda retomar la senda hacia la consecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Esta pandemia ha puesto en entredicho a algunos postulados habituales que afirman que la riqueza de un país garantiza la salud de sus habitantes. El liderazgo y la competencia han sido más importantes que el dinero que se ha invertido en hacer frente a la pandemia. Muchos de los mejores ejemplos de buen liderazgo provienen de gobiernos y comunidades de entornos con recursos escasos. Nos encontramos ante una oportunidad real de construir un futuro después de la pandemia que se nutra de las fuentes de sabiduría de las distintas partes del mundo.

3. El Grupo hace un llamamiento para que se tomen medidas inmediatas que detengan la pandemia de COVID-19

El Grupo está **preocupado y alarmado** por la persistencia de los altos niveles de transmisión del SARS-CoV-2, que causa enfermedad y muerte, y por la aparición de nuevas cepas del virus, que suponen una carga intolerable para las sociedades y las economías.

Las medidas de salud pública adoptadas por los países para detener la propagación del virus han sido muy diversas. Algunos han tratado de contener la epidemia de forma enérgica para lograr su eliminación; otros han intentado suprimir el virus; y otros se han limitado a mitigar los efectos más graves. Los países que se han propuesto contener y detener la propagación del virus de forma enérgica donde y cuando se produzca han demostrado que ello es posible. Teniendo en cuenta lo que ya se conoce, todos los países deberían aplicar medidas de salud pública de forma sistemática, a la escala que requiera la situación epidemiológica. La vacunación por sí sola no pondrá fin a esta pandemia. Además, debe combinarse con la realización de pruebas de diagnóstico, el rastreo de contactos, el aislamiento, la cuarentena, el uso de mascarillas, el distanciamiento físico, el lavado de manos y una comunicación eficaz con la población.

Además de esas medidas no farmacéuticas, es necesario ampliar la distribución de vacunas de forma urgente y equitativa en todo el mundo. Ya se han aprobado varias vacunas eficaces. Sin embargo, la capacidad de producción actual está al límite, y la cobertura de vacunación está lejos de alcanzar la escala necesaria para reducir la carga que supone esta enfermedad y frenar la transmisión a nivel mundial.

El acceso desigual a la vacunación es uno de los principales retos que existen actualmente en el mundo. Los países de ingresos altos tienen una cobertura poblacional de más del 200% de las dosis de vacunación, obtenidas principalmente mediante acuerdos bilaterales con los fabricantes para asegurar las reservas existentes y futuras. En muchos casos, los países de ingresos bajos y medianos han quedado fuera de esos acuerdos. A la fecha de finalización de este informe, en los países más pobres menos del 1% de la población había recibido una dosis de la vacuna. El Mecanismo Mundial de Acceso a las Vacunas contra la COVID-19 (Mecanismo COVAX), creado en un plazo breve con la intención de garantizar un acceso equitativo en todo el mundo, está avanzando a buen ritmo, si bien se ha visto obstaculizado en su objetivo por la falta de fondos suficientes y por el nacionalismo vacunal, y ahora, por la diplomacia vacunal.

A fin de prepararnos para las nuevas fases de la pandemia de COVID-19 y responder de forma eficaz, es necesaria una estrategia de ámbito mundial con objetivos claros, hitos y actuaciones prioritarias. **Es preciso atajar de inmediato la importante desigualdad que hay en el acceso a las vacunas**, pues no solamente es injusta, sino que pone en peligro la eficacia de los esfuerzos desplegados a nivel mundial para combatir la pandemia. Podrían seguir apareciendo variantes que las vacunas disponibles no sean capaces de combatir. Cuanto más rápido vacunemos ahora, menos probabilidades habrá de que surjan nuevas cepas. Una medida que podría adoptarse en este momento es redistribuir equitativamente **las dosis de vacunas disponibles**. También es muy urgente **intensificar el desarrollo y la administración de tratamientos y pruebas de diagnóstico** que permitan salvar vidas humanas.

Además, para prepararse ante la posibilidad de que la COVID-19 se convierta en una enfermedad endémica y hacer frente a la falta de equidad en el acceso a las vacunas de forma sostenida, es urgente potenciar la capacidad de **fabricación de ARN mensajero y otras vacunas en África, América Latina y otras regiones de ingresos bajos y medianos**. La fabricación de vacunas requiere un alto grado de especialización y tiene una enorme complejidad. Aumentar la producción lleva tiempo, por eso es necesario empezar a hacerlo ahora. Ello **exige acuerdos sobre la concesión voluntaria de licencias y la transferencia de tecnología**.

En el mundo hay 5.700 millones de personas mayores de 16 años. Todas ellas necesitan tener acceso a vacunas contra la COVID-19 que sean seguras y eficaces. No se trata de una aspiración para el futuro, sino que es urgente; se necesita ya. El Mecanismo COVAX ha conseguido 1100 millones de dosis de vacunas y tiene la opción de adquirir 2500 millones más (9). Antes de finales de abril, se habían administrado mil millones de dosis de vacunas, en su inmensa mayoría en países de ingresos altos o medianos-altos. El Grupo se suma a los líderes políticos y religiosos de todo el mundo y pide que se haga un esfuerzo sin cuartel para vacunar a toda la población mundial en el plazo de un año y establecer la infraestructura necesaria que permita administrar al menos 5000 millones de dosis de refuerzo al año.

La acción inmediata para acabar con la COVID-19 debe estar guiada por estrategias explícitas con hitos cuantificables. El Grupo reconoce que el Plan Estratégico de Preparación y Respuesta de la OMS ante la COVID-19 para 2021 (10) proporciona orientaciones técnicas de gran utilidad; no obstante, en su opinión, es necesario una hoja de ruta de mayor calado para poner fin a la pandemia, con objetivos claros, hitos y plazos.

EL GRUPO INDEPENDIENTE PIDE CON CARÁCTER URGENTE LO SIGUIENTE

- I. **Aplicar medidas de salud pública no farmacéuticas de forma sistemática y rigurosa en todos los países a la escala que requiera la situación epidemiológica. Todos los países deben tener una estrategia explícita basada en datos científicos y acordada al más alto nivel gubernamental para frenar la transmisión de la COVID-19.***
- II. **Los países de ingresos altos que cuenten con una reserva de vacunas para alcanzar una cobertura suficiente deberían, al tiempo que intensifican sus esfuerzos, comprometerse a proporcionar a los 92 países de ingresos bajos y medianos que han suscrito el Compromiso Anticipado de Mercado de COVAX, al menos 1000 millones de dosis de vacunas de aquí al 1 de septiembre de 2021 y más de 2000 millones de dosis de aquí a mediados de 2022, que se suministrarán por medio del Mecanismo COVAX y otros mecanismos coordinados.***
- III. **Los países del G7 deben comprometerse a contribuir con el 60% de los US\$ 19 000 millones que necesita el Acelerador ACT en 2021 para vacunas, pruebas de diagnóstico, tratamientos y el fortalecimiento de los sistemas de salud; la cantidad restante deberá provenir de otros países del G20 y de países con mayores ingresos. Debería adoptarse una fórmula basada en la capacidad de pago para conseguir una financiación predecible, sostenible y equitativa de esos bienes públicos mundiales de forma continua.***

- IV. **La Organización Mundial del Comercio y la OMS** deben convocar a los principales países productores de vacunas y a los fabricantes para conseguir un acuerdo sobre la concesión voluntaria de licencias y transferencia de tecnología para las vacunas contra la COVID-19 (incluso por medio del Banco de Patentes de Medicamentos). Si no se actúa en el plazo de tres meses, debería entrar en vigor de forma inmediata una exención de los derechos de propiedad intelectual en virtud del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio.
- V. **La producción y el acceso a pruebas y tratamientos contra la COVID-19, incluido el oxígeno**, deben aumentar urgentemente en los países de ingresos bajos y medianos, utilizando la totalidad de los US\$ 1700 millones previstos para atender las necesidades en 2021 y la plena utilización de los US\$ 3700 millones de la fase 2 del Mecanismo de Respuesta a la COVID-19 del Fondo Mundial para la adquisición de pruebas, el fortalecimiento de los laboratorios, el mantenimiento de la vigilancia y la realización de pruebas.
- VI. **La OMS debe elaborar con carácter inmediato una hoja de ruta** para la respuesta a corto plazo de la COVID-19, y debe preparar en un plazo de tres meses distintos supuestos para la respuesta a medio y largo plazo, con objetivos, metas e hitos bien definidos que sirvan para orientar y supervisar la ejecución de iniciativas nacionales y mundiales encaminadas a poner fin a la pandemia de COVID-19.

4. Qué ha sucedido, qué hemos aprendido y qué debe cambiar

El Grupo ha examinado detenidamente cada fase de la crisis actual para establecer los hechos y extraer enseñanzas para el futuro.

4.1 Antes de la pandemia: la falta de una preparación adecuada

Menos de tres meses después de que el SARS-CoV-2 se identificara por primera vez como la causa de un conglomerado de casos de neumonía atípica en Wuhan (China), la COVID-19 se había convertido en una pandemia capaz de mantener en vilo a todos los países del planeta (11). **Si bien desde que se produjo el primer brote del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), distintos funcionarios de salud pública, expertos en enfermedades infecciosas, y comités internacionales y exámenes anteriores, habían advertido de la posibilidad de una pandemia y habían pedido encarecidamente que se adoptaran medidas rigurosas para prepararse, la COVID 19 tomó a amplias zonas del planeta por sorpresa.** No tendría que haber ocurrido así. El número de brotes de enfermedades infecciosas, muchas de ellas con potencial pandémico, no ha hecho más que aumentar.

El Grupo considera que el planeta no estaba preparado y había hecho caso omiso a las advertencias realizadas, lo que fue un terrible error, y el brote de infección por el SARS-COV-2 se convirtió en una devastadora pandemia.

La **epidemia de SRAS, provocada por un virus de evolución rápida, conmocionó al mundo en 2003.** Si bien la epidemia no duró más que seis meses, y se saldó con 8 096 casos y 774 muertes (12), el Director Regional de la OMS para el Pacífico Occidental consideró que “había provocado más miedo y perturbación social que cualquier otro brote de nuestra época” (13). El SRAS era un nuevo coronavirus causante de enfermedades respiratorias. Se propagó rápidamente por 29 países, territorios y regiones; debilitó sistemas sanitarios e infectó a un gran número de trabajadores de la salud. Aun así, los observadores más informados sabían que con el SRAS el planeta había conseguido esquivar una bala; el cribado y el aislamiento permitieron contener rápidamente la propagación del virus, ya que las personas infectadas no transmitían el virus hasta varios días después de manifestar síntomas y la probabilidad de contagio aumentaba con la gravedad de estos. Se sabía que, si aparecía **un nuevo patógeno de propagación rápida que pudiera transmitirse en ausencia de síntomas, las consecuencias podrían ser mucho más mortíferas.**

La epidemia de SRAS estuvo seguida por la epidemia de gripe por H1N1 de 2009, el brote de ébola de 2014-2016 ocurrido en África Occidental, el brote de Zika, y otros brotes epidémicos, incluido un nuevo coronavirus, el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS). Esos brotes dieron lugar a una serie de iniciativas encaminadas a fortalecer la seguridad sanitaria, animadas por la convicción de que los brotes epidémicos y otras amenazas para la salud constituían un importante riesgo para la población mundial, y requerían la adopción de un conjunto de medidas en todos los países.

La aparición del SRAS hizo que las negociaciones encaminadas a **revisar y ampliar el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)**, que llevaban décadas en marcha, tocaran rápidamente a su fin. El actual reglamento, aprobado en 2005, establece una serie de obligaciones jurídicamente vinculantes tanto para los estados como para la OMS en materia de notificación e intercambio de información, prohibición de interferencias innecesarias en

los viajes y el comercio internacionales, y cooperación para la contención de la propagación de enfermedades. El nuevo RSI (2005) entró en vigor en 2007 e **impuso nuevos requisitos que deben cumplirse como paso previo a que el Director General de la OMS pueda actuar en caso de emergencia, a fin de evitar que la OMS pueda adoptar medidas de forma apresurada e independiente.**

Algunos grupos de estados también emprendieron iniciativas para promover la seguridad sanitaria. La Iniciativa de Seguridad Sanitaria Mundial fue creada en 2001 por ocho estados y la Comisión Europea, con la OMS como observadora. El Grupo de Acción por la Seguridad Sanitaria Mundial fue su órgano de aplicación y de intercambio de información. En 2014 los Estados Unidos en asociación con otros 24 países pusieron en marcha La **Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial**, que se ha ido expandiendo de forma gradual hasta englobar 70 países y una serie de organizaciones internacionales en la actualidad. Su finalidad es complementar los esfuerzos encaminados a fortalecer la aplicación del RSI (2005) por medio de apoyo a las evaluaciones externas conjuntas voluntarias, entre otras medidas. No obstante, el hecho de que no todos los estados participen en la Agenda y en los procesos conexos ha limitado su eficacia y alcance.

Desde que se produjo la pandemia de gripe H1N1 de 2009, al menos 11 grupos y comisiones de alto nivel han formulado recomendaciones específicas, que se han plasmado en 16 informes cuya finalidad es mejorar el nivel de preparación ante pandemias a nivel mundial. Muchos de esos órganos han llegado a la conclusión de que la Organización Mundial de la Salud debe reforzar su función de liderazgo y coordinación en el ámbito de la salud, centrarse en su labor normativa y recibir una financiación más estable. Los exámenes también indicaron la necesidad de aplicar más adecuadamente el RSI (2005). Algunos de los exámenes dieron lugar a acciones específicas, como el establecimiento del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS en 2016.

No obstante, a pesar de los mensajes que repetidamente advertían de la necesidad de realizar cambios sustanciales para proteger al mundo de la amenaza de posibles pandemias, **la mayor parte de las recomendaciones nunca fueron puestas en práctica.** En el mejor de los casos, fueron ejecutadas de forma parcial. Nunca se ha formado una coalición de intereses con suficiente poder e **iniciativa** como para hacer realidad la aplicación de un conjunto de reformas esenciales. En consecuencia, las amenazas sanitarias, epidemiológicas o de otro tipo, nunca han tenido la misma consideración que las amenazas de guerra, los actos terroristas, los desastres nucleares o la inestabilidad económica. Cuando se ha recomendado explícitamente la adopción de determinadas medidas, los Estados Miembros han reaccionado con indiferencia, lo que ha dado lugar a una respuesta tibia que ha desvirtuado gravemente la intención original. El Grupo está convencido de que las pandemias podrían suponer una amenaza a la propia existencia de la humanidad, y deben recibir la máxima atención.

El Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias, presidido por el Presidente Kikwete de la República Unida de Tanzania, se estableció en respuesta a la epidemia de ébola de 2014–2016. Recomendó la creación inmediata por la Asamblea General de las Naciones Unidas de un consejo de alto nivel para las crisis mundiales de salud pública. Al recibir el informe, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, creó un grupo especial de trabajo para supervisar la puesta en práctica de sus recomendaciones. En el informe de ese grupo de trabajo, emitido en junio de 2017, se recomendaba que el Secretario General pusiera en marcha un mecanismo

independiente de duración limitada para informar sobre el nivel de preparación de los distintos países, en lugar de constituir un consejo independiente de alto nivel, como recomendaba el Grupo dirigido por Kikwete. El resultado fue la creación en mayo de 2018 de la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación, cuyos miembros fueron nombrados por los responsables de la OMS y el Banco Mundial.

Los planes nacionales de preparación ante posibles pandemias han recibido una financiación muy escasa, a pesar de que se ha constatado de forma manifiesta que su costo es muy inferior al costo de la respuesta requerida y a las pérdidas en que se incurrirían en caso de declararse una epidemia. El coste total de las pérdidas económicas debidas al SRAS se ha estimado en US\$ 60.000 millones (14). Solo en un país, la República de Corea, el brote de MERS de 2015, que se saldó con 185 casos y 38 muertes, costó US\$ 2.600 millones en ingresos perdidos por el sector turístico y US\$ 1 000 millones en gastos incurridos para combatir el brote (15). La comisión sobre el marco mundial de riesgos sanitarios para el futuro (*Commission on a Global Risk Framework for the Future*), constituida en 2016, propuso aumentar el gasto en medidas de preparación en US\$ 4 500 millones al año, y señaló que ese importe constituía una inversión pequeña en comparación con las consecuencias económicas que podrían derivarse de las pandemias a nivel mundial durante el siglo XXI, que, según sus estimaciones, se situarían por encima de los US\$ 6 billones” (16).

Si bien en los últimos años los países han sumado fuerzas para aumentar su nivel de preparación ante posibles pandemias, sus esfuerzos no han ido todo lo lejos que cabría esperar. **Demasiados gobiernos nacionales han carecido de planes de preparación sólidos, recursos esenciales de salud pública**, y una coordinación multisectorial bien estructurada con un compromiso claro de los dirigentes nacionales de mayor rango (17). La autoevaluación que deben presentar los países a la OMS sobre su capacidad básica de preparación de conformidad con el RSI (2005) arrojó una puntuación media global de 64 sobre 100 (18). Solamente dos tercios de los países afirmaron que disponían de la base legislativa y la financiación necesarias para apoyar la capacidad de prevención, detección y respuesta ante emergencias sanitarias (19). La preparación de los países también se ha evaluado mediante el proceso de evaluaciones externas conjuntas voluntarias, que hasta la fecha han realizado 98 países. Mediante un ejercicio académico independiente, el Índice Mundial de Seguridad Sanitaria, también se ha intentado determinar el grado de preparación de los países ante posibles pandemias.

Todas esas iniciativas tienen en común que el puesto obtenido por cada país en las clasificaciones elaboradas no guarda necesariamente relación con la respuesta de cada uno de ellos ante la pandemia de COVID-19 (20, 21, 22). **En efecto, las calificaciones no tomaron suficientemente en consideración el impacto que pudiera tener la actitud de los dirigentes políticos, la confianza en las instituciones gubernamentales o la capacidad del país para poner en marcha un dispositivo de respuesta rápido y adaptable (23)**. Por ejemplo, mientras que los Estados Unidos obtuvieron la mayor puntuación acumulada en el Índice Mundial de Seguridad Sanitaria, su puntuación fue considerablemente inferior en relación con el acceso a la atención sanitaria; en lo que respecta a la confianza de la población en el gobierno, recibieron una puntuación de cero, lo que indica un nivel de confianza inferior al 25% (24). La imposibilidad de que esas métricas sean predictivas pone de manifiesto la necesidad de una profunda reevaluación que permita armonizar mejor las medidas de preparación y la capacidad operacional en situaciones de emergencia reales, incluidos los puntos en los que las estructuras de coordinación y de toma de decisiones puedan fallar. La

actual pandemia generará una gran cantidad de datos que servirán para guiar esa reevaluación.

Una de las consecuencias más evidentes de la falta de inversión en la capacidad de preparación ha sido un aumento en el nivel de riesgo subyacente. El crecimiento de la población y las tensiones ambientales conexas están provocando un aumento de nuevos patógenos emergentes. Los viajes en avión, que se han cuatriplicado desde 1990, permiten que los virus se desplacen a cualquier parte del mundo en cuestión de horas (25). Un nuevo patógeno podría aparecer y propagarse en cualquier momento.

La mayoría de los nuevos patógenos son de origen zoonótico. Los factores causantes de su creciente aparición son el uso del suelo, las actuales prácticas de producción alimentaria y la presión demográfica. Es necesario que los sistemas de vigilancia mundial analicen las características de las nuevas infraestructuras, el deterioro ambiental y el estado de la salud animal. La iniciativa interinstitucional *One Health* y la colaboración multisectorial deben ser parte integral de la planificación de la preparación ante pandemias. El rápido aumento de la deforestación de los bosques tropicales y su degradación destruye la salud y el hábitat de la vida silvestre y potencia la interacción entre el ser humano, la fauna y flora silvestres y los animales domésticos. Las amenazas a la salud humana, animal y ambiental están inextricablemente unidas, y los instrumentos para hacerles frente deben incluir acuerdos sobre el cambio climático y la meta “30x30” sobre la biodiversidad mundial (26, 27).

El SARS-CoV-2 es un virus de origen zoonótico cuya aparición era sumamente probable. Los datos científicos de que se dispone actualmente indican que una especie de murciélago es el huésped reservorio más probable del virus. El huésped intermedio aún no se conoce, como también se desconoce el ciclo de transmisión exacto. La OMS organizó una misión técnica para comprender mejor el origen del virus (28). Si bien la misión ya ha emitido su informe, seguirán realizándose estudios sobre el origen del virus. La experiencia adquirida en otras pandemias, como la del VIH, sugieren que pasará cierto tiempo, tal vez años, antes de llegar a un consenso sobre cómo y cuándo el virus infectó a un ser humano por primera vez, y cuándo y dónde se produjeron los primeros casos de transmisión entre seres humanos. Hay indicios basados en reconstrucciones retrospectivas de la posible epidemiología del virus, así como en análisis de muestras recogidas y almacenadas, que apuntan a que el virus pudo haber empezado a circular fuera de China en los últimos meses de 2019. No obstante, esos hallazgos deben ser objeto de un análisis más exhaustivo; además, todavía hay que descartar explicaciones contradictorias que hacen referencia a la contaminación de muestras.

La COVID-19 ha puesto de manifiesto la **enorme discrepancia que hay** entre los limitados y desarticulados esfuerzos realizados en materia de preparación ante pandemias, y las necesidades y el funcionamiento de un sistema cuando se enfrenta a una pandemia de evolución rápida que crece de forma exponencial.

El Grupo ha llegado a la conclusión de que subsanar las deficiencias de la preparación no solo requiere fuentes de financiación estables, sino también un nuevo enfoque que permita medir y verificar la preparación. **Los simulacros y ejercicios de simulación que permitan rectificar de forma inmediata los puntos débiles detectados deben convertirse en algo habitual, y la evaluación de la preparación debe centrarse más en cómo funciona el sistema ante las tensiones que genera una pandemia en la vida real.**

Los brotes de enfermedades zoonóticas son cada vez más frecuentes, lo que hace que sea más urgente mejorar la detección y robustecer la preparación. Dado lo que está en juego, la vigilancia de la amenaza pandémica debe ser una prioridad para los máximos responsables de las instituciones gubernamentales, intergubernamentales, empresariales y comunitarias.

La planificación de la preparación ante pandemias es una función esencial de los gobiernos y del sistema internacional, y debe supervisarse al más alto nivel. No es una responsabilidad exclusiva del sector de la salud.

4.2 Un virus que avanza más rápidamente que el sistema de vigilancia y alerta

La prontitud a la hora de detectar un nuevo patógeno es fundamental para su contención. La aparición de la COVID-19 se caracterizó por **una mezcla de intervenciones tempranas y diligentes, pero también por demoras, titubeos y negativas para actuar**, cuyo resultado final ha sido que un brote se convirtiera en una epidemia, que se propagó hasta alcanzar proporciones pandémicas.

El Grupo ha realizado amplias consultas para elaborar una ***cronología*** meticulosa y contrastada de los acontecimientos que se sucedieron desde finales de 2019, cuando se detectaron los primeros casos en China, hasta finales de marzo de 2020, cuando el brote se había propagado de forma generalizada por todo el mundo y había sido catalogado como pandemia. Esa cronología se nutrió, entre otras cosas, de una revisión sistemática de todos los estudios publicados sobre el tema, tanto disponibles en ese momento como retrospectivos, así como de documentos presentados por los Estados Miembros de la OMS; de entrevistas con agentes clave de China y otros países, con la OMS y con otras organizaciones; y de documentos internos y de correspondencia de la OMS.

Al examinar en detalle las medidas adoptadas para responder a la COVID-19, la intención del Grupo no fue la de buscar culpables sino comprender qué había sucedido y, en su caso, qué podría hacerse de forma diferente si volvieran a darse unas circunstancias similares, lo que sucederá casi con toda certeza. Somos conscientes de que nuestras observaciones se formulan con la ventaja de contar con una visión retrospectiva de la pandemia, y reconocemos que las decisiones adoptadas en su momento se tomaron en una situación de gran incertidumbre.

4.2.1 Los primeros casos notificados

En **diciembre de 2019**, varios pacientes con una neumonía de origen desconocido fueron ingresados en diversos hospitales de Wuhan (China). Posteriormente, las pruebas realizadas en una cohorte de pacientes ingresados entre el 16 de diciembre y el 2 de enero detectaron 41 casos de COVID-19. El 24 de diciembre, los médicos, preocupados por un paciente de neumonía que no respondía a los tratamientos habituales enviaron una muestra a un laboratorio privado para su análisis. El personal clínico observó que varios de esos pacientes, si bien no todos, habían acudido al mercado de mariscos de Huanan, en Wuhan. Por ejemplo, una mujer a quien se administró tratamiento el 26 de diciembre había estado en el mercado de mariscos, mientras que su esposo y su hijo, cuyas radiografías de tórax realizadas poco tiempo después arrojaron resultados similares a los de ella, no habían ido. Si bien el mercado fue el foco inicial de la investigación, dos estudios posteriores (29, 30) de los primeros casos confirmados en laboratorio solamente vincularon entre el 55% y el 66% de los casos a exposiciones en ese lugar, lo que indica que el mercado pudo haber sido un punto de amplificación de los contagios, pero no su origen. A pesar de que en diciembre de 2019 aún no había pruebas científicas de la transmisión entre seres humanos de un nuevo patógeno, a finales de mes había indicios que apuntaban a que era probable que esa transmisión se hubiera producido.

El 30 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan emitió dos avisos urgentes a las redes de hospitales de la ciudad para advertir de la existencia de casos de neumonía de origen desconocido asociados al mercado de mariscos de Huanan. El mercado se cerró e higienizó entre el 31 de diciembre y el 1 de enero. En la mañana del 31 de diciembre, el periódico económico chino *Finance Sina* informó acerca de uno de los avisos publicados por la Comisión Municipal de Salud de Wuhan. El artículo fue recogido por varios sistemas de vigilancia de la morbilidad, incluidos los centros para el control y la prevención de enfermedades de Taiwán (China), que solicitaron más información a la OMS mediante un correo electrónico enviado a través del sistema de notificación del RSI (2005). El sitio web del Programa de Seguimiento de Enfermedades Emergentes (ProMED) publicó una traducción automática del artículo publicado en *Finance Sina*. Esa información fue recogida por la Plataforma de inteligencia epidemiológica de fuente abierta (EIOS), que alertó del brote a la sede de la OMS. A última hora de la tarde del 31 de diciembre, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan emitió un boletín público en el que describía 27 casos de neumonía de origen desconocido. La oficina de la OMS en China tomó nota del contenido del boletín poco tiempo después de que se publicara e informó de inmediato al centro de enlace para el RSI en la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental (WPRO).

El Instituto de Virología de Wuhan secuenció la práctica totalidad del genoma del virus el 2 de enero de 2020. El 5 de enero de 2020, se envió la secuencia genética completa del virus a los sitios web de acceso abierto GenBANK y GISAID a partir de una muestra secuenciada por el Centro de Salud Pública de Shanghai. Esa secuencia se publicó el 10 de enero (31); posteriormente, el 11 de enero, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de China añadió otras secuencias. El 7 de enero de 2020, el CDC de China había conseguido aislar el virus. El 10 de enero de 2020, los científicos chinos habían desarrollado un reactivo para pruebas mediante PCR para detectar el virus (29).

Esos hechos, que se sucedieron en Wuhan en las últimas dos semanas de diciembre de 2019 y en enero de 2020, demuestran la **diligencia del personal clínico** que, al detectar conglomerados de casos de neumonía atípica, envió muestras para su análisis a laboratorios que disponían de equipos de secuenciación de última generación, donde se detectaron indicios de la presencia de un nuevo coronavirus similar al SRAS y se dio parte a las autoridades sanitarias locales de la preocupante aparición de esta inexplicable enfermedad. Las autoridades sanitarias locales cerraron e higienizaron el mercado en el que supuestamente se había originado el brote.

Al día siguiente de que se alertara a los hospitales locales, la noticia fue recogida por los medios de comunicación. También se hicieron eco de la noticia otras autoridades de salud y redes de vigilancia epidemiológica de todo el mundo, siempre atentas a las fuentes de información de acceso público de todo el mundo. Así pues, el 31 de diciembre de 2019, la OMS tuvo conocimiento del brote por **tres vías diferentes**: los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Taiwán, que se pusieron en contacto con la OMS a través del sistema de notificación del RSI (2005), tras leer las referencias al brote publicadas en los medios de comunicación; la alerta publicada en el sitio web de ProMed y recogida por el sistema de vigilancia epidemiológica; y el informe de la oficina de la OMS en China, que tomó nota del contenido del boletín público divulgado por la Comisión Municipal de Salud de Wuhan.

El 3 de enero de 2020, la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental solicitó oficialmente información adicional, así como una verificación con arreglo a los procedimientos previstos en el RSI (2005). La Comisión Nacional de Salud de China y la oficina de la OMS en el país celebraron una reunión informativa sobre aspectos técnicos el 3 de enero, y proporcionaron en esa reunión y por correo electrónico información preliminar sobre el primer grupo de 44 casos notificados. Seguidamente, el 4 de enero la OMS publicó un hilo acerca de los casos en su perfil de Twitter y, el 5 de enero alertó oficialmente a todos los gobiernos nacionales por medio del Sistema de Información sobre Eventos del RSI, y publicó el primer parte de brotes epidémicos sobre la enfermedad.

Las autoridades chinas y la OMS mantuvieron una reunión informativa con posterioridad, el 11 de enero. El 15 de enero, la oficina en el país llegó a un acuerdo con las autoridades chinas para visitar Wuhan. El 16 de enero se celebró una nueva reunión informativa, y se dio a conocer una lista más exhaustiva con información sobre los casos. La primera misión de la OMS en Wuhan tuvo lugar los días 20 y 21 de enero.

En una declaración retransmitida por la televisión nacional china el 20 de enero de 2020, expertos en salud chinos confirmaron públicamente que se estaba produciendo una transmisión del virus entre seres humanos y que había trabajadores de la salud entre los contagiados. **El 23 de enero**, se habían notificado 830 casos y 25 muertes, y Wuhan decretó un drástico **confinamiento de la población** para intentar contener el virus (32). Según el informe de la segunda misión conjunta de la OMS y China, que visitó el país del 16 al 24 de febrero, las medidas de confinamiento y de salud pública decretadas en el país habían permitido reducir rápidamente la transmisión del virus.

En algunos lugares se empezó a realizar pruebas de detección del virus a los visitantes procedentes de países extranjeros casi inmediatamente después de que se hicieran públicas las noticias del brote de Wuhan. Mientras tanto, el 13 de enero, en Tailandia se confirmó el caso de una mujer que había llegado al país procedente de Wuhan el 8 de enero. Ese fue el **primer caso confirmado fuera de China**. El 16 de enero, el Japón informó de una persona infectada.

4.2.2 Declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional

La emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) es el nivel más alto de alerta que puede activar el Director General de la OMS. El RSI (2005) establece que, para determinar si un evento constituye una ESPII, el Director General de la OMS debe considerar las recomendaciones de un **comité de emergencia** convocado a tal efecto, cuyos miembros deben elegirse a partir de una lista de expertos que mantiene la OMS. Se invita al Estado afectado a que presente sus consideraciones ante el comité de emergencia. En caso de que se recomiende la declaración de una ESPII, el Director General de la OMS tiene la última palabra a la hora de hacer oficial la declaración y debe tener en cuenta toda la información disponible. El comité de emergencia previsto en el RSI se convocó los días 22 y 23 de enero para debatir sobre el brote, y se mostró dividido en lo que respecta a la recomendación de declarar el brote una emergencia de salud pública de importancia internacional. El Comité volvió a reunirse la semana siguiente, cuando el Director General regresó de una misión a China. Atendiendo a las recomendaciones del Comité, el Director General de la OMS declaró

el 30 de enero que el brote constituía una ESPII. En ese momento se habían notificado 98 casos en 18 países fuera de China (33, 34). El informe del comité de emergencia, citado por el Director General, especificaba que, a la vista de la información disponible, no se recomendaba la imposición de restricciones a los viajes.

En el informe del 3 de febrero de 2020 del Director General de la OMS presentado al Consejo Ejecutivo de la Organización ya se hacía referencia a una ESPII (35). El 4 de febrero, en una reunión informativa verbal ante los Estados Miembros, el Director General anunció que se habían notificado 20.471 casos confirmados y 425 muertes en China, y un total de 176 casos en otros 24 países.

En el RSI (2005) no se utiliza ni se define el término “pandemia”. El uso más habitual del término por la OMS hay que buscarlo en relación con el marco detallado y las orientaciones relativas a la gripe pandémica, aunque incluso en ese caso la distinción entre la gripe estacional y la gripe pandémica no queda claramente establecida (36). A medida que la COVID-19 se fue propagando a lo largo de febrero de 2020 y en un contexto de aparente falta de comprensión respecto del hecho de que la declaración de una ESPII era el máximo nivel de alerta que se podía activar, empezó a haber un clamor cada vez mayor para que la OMS calificara la situación de pandémica. Finalmente, la Organización manifestó su alarma ante la magnitud de la propagación de la enfermedad y el grado de inacción en la respuesta, y declaró que la COVID-19 era **una pandemia el 11 de marzo de 2020**, cuando se habían notificado 118 000 casos en 114 países (37).

El Grupo llevó a cabo un examen pormenorizado de los acontecimientos sucedidos entre diciembre de 2019 y la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional el 30 de enero de 2020 a fin de evaluar qué hubiese podido hacerse de manera diferente y determinar si era necesario modificar el sistema internacional de alerta.

El RSI (2005) fue concebido para garantizar que los países dispusieran de medios para detectar y notificar eventos de salud. El Reglamento exige que cuando se detecte un nivel de morbilidad o mortalidad superior al esperado, debe hacerse llegar de inmediato la información pertinente a las autoridades subnacionales o nacionales. En caso de detectarse una emergencia de salud, definida como un evento con repercusiones de salud pública graves o de carácter inusitado o inesperado y un alto potencial de propagación, ésta debe notificarse de inmediato a las autoridades nacionales y evaluarse en las primeras 48 horas. Los eventos que puedan justificar la declaración de una ESPII deben notificarse a la OMS en las 24 horas siguientes a su evaluación, por medio del centro nacional de enlace para el RSI. Los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional deben cumplir al menos dos de las cuatro condiciones siguientes, a saber: 1) tener repercusiones graves en la salud pública; 2) ser inusitados o inesperados; 3) presentar un riesgo importante de propagación internacional; y 4) conllevar un riesgo importante de imposición de restricciones al comercio o a los viajes.¹ El Grupo considera que es probable que el brote de Wuhan cumpliera esos requisitos cuando se celebró la primera reunión del comité de emergencia el 22 de enero de 2020.

¹ Además, el SRAS, la poliomielitis, la viruela y un nuevo subtipo de gripe se definen automáticamente como eventos que podrían dar lugar a una ESPII. Véase: Reglamento Sanitario Internacional (2005), 3.ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580496>), consultado el 26 de abril de 2021).

Si bien la OMS actuó con celeridad y diligencia al difundir la alerta del brote del virus entre los países de todo el mundo, la estrategia que utilizó para presentar el carácter y el nivel del riesgo se basó en sus principios consolidados, que se fundamentan en el principio de emitir recomendaciones solo cuando estén sustentadas en la evidencia disponible, en consonancia con lo dispuesto en el RSI. Si bien la OMS advirtió de la posibilidad de transmisión entre seres humanos durante el periodo previo a su confirmación y recomendó que los trabajadores de la salud adoptaran distintas medidas para prevenir la infección, el Grupo considera que la OMS también pudo haber instado a los países a tener la precaución de comprobar que la transmisión entre humanos se estaba produciendo. Dado lo que se sabe sobre las infecciones respiratorias, es razonable aplicar el principio de precaución y suponer que en cualquier brote provocado por un nuevo patógeno de este tipo, se produce una transmisión sostenida entre humanos a menos que existan evidencias explícitas de lo contrario.

Entre las conclusiones alcanzadas por el Grupo cabe destacar que **el sistema de alerta no funciona con la agilidad suficiente** cuando se enfrenta a un patógeno respiratorio que se propaga con rapidez; que **el RSI (2005) es un instrumento jurídicamente vinculante que, en su redacción actual, resulta conservador** y pone trabas, en lugar de facilitar la adopción de medidas rápidas; y que **el principio de precaución** no se aplicó como hubiese sido deseable ante las evidencias disponibles cuando se declaró la alerta inicial.

En opinión del Grupo, **es preciso perfeccionar la definición de lo que se considera un nuevo brote con potencial pandémico**, ya que las distintas clases de patógenos se propagan a diferentes velocidades, lo que tiene importantes consecuencias en cuanto al tipo de respuesta requerida.

4.2.3 Dos mundos a distinta velocidad

La cronología de los primeros acontecimientos que condujeron a alertar contra la COVID-19 pone de manifiesto la existencia de **dos mundos que funcionan a velocidades muy distintas**. Uno de esos mundos se caracteriza por un rápido intercambio de información y de datos. Las plataformas digitales abiertas de vigilancia epidemiológica, en las que la OMS desempeña una función rectora, actualizan y comparten información sobre brotes epidémicos de manera constante. Las herramientas digitales se han convertido en elementos fundamentales para vigilar la morbilidad y alertar frente a enfermedades, ya que permiten procesar ingentes cantidades de información instantáneamente accesible. La vigilancia epidemiológica funciona en simbiosis con el intercambio de información; el ritmo incesante de noticias, cotilleos y rumores que caracteriza las redes sociales puede explotarse para detectar señales que alerten de una epidemia. Los datos de libre acceso de las plataformas de información y colaboración esenciales también para el intercambio científico permiten, por su propia naturaleza, disponer de información a nivel mundial de forma casi instantánea.

El segundo de esos mundos se caracteriza por el ritmo lento y deliberado con el que se trata la información con arreglo al RSI (2005); en él, se cumplen los requisitos de confidencialidad y verificación por etapas y los criterios mínimos para la declaración de una ESPII y se hace más hincapié en las medidas que **no** deben tomarse que en las que es preciso adoptar.

El problema fundamental de este mundo a dos velocidades es que los virus, especialmente los patógenos respiratorios de alta transmisibilidad, circulan a la velocidad más rápida, no a la más lenta.

El Grupo considera que **es preciso rediseñar los sistemas de vigilancia y alerta a nivel nacional, regional y mundial**, a fin de unificar sus funciones de detección (captando indicios de posibles brotes epidémicos) y de transmisión (garantizando que los indicios se verifiquen y se actúe en consecuencia). Ambas funciones deben operar a una velocidad casi instantánea.

Para ello, será necesaria la aplicación sistemática de herramientas digitales, incluida la incorporación del aprendizaje automático y de funciones rápidas de verificación y auditoría. También es preciso un compromiso con los principios relativos a la utilización de datos abiertos como base de un sistema capaz de adaptarse y corregirse a sí mismo.

4.3 Las primeras respuestas carecieron de sentido de urgencia y de eficacia

La declaración de una ESPII por el Director General de la OMS el 30 de enero de 2020 **no tuvo como respuesta la aplicación de medidas de emergencia enérgicas e inmediatas por la mayoría de los países, a pesar de que había cada vez más pruebas de que un nuevo patógeno altamente contagioso se estaba propagando por todo el mundo.** Un número sorprendentemente elevado de países no declaró la COVID-19 como “pandemia” hasta marzo de 2020, y los gobiernos no se decidieron a adoptar medidas concertadas hasta que se produjo una explosión de casos a nivel local, se publicaron informes de tasas de transmisión crecientes en otras partes del mundo, o sus hospitales se empezaron a abarrotar de pacientes en estado crítico.

Al recomendar la declaración de una ESPII el 30 de enero, el Comité de Emergencia del RSI sobre la COVID-19 manifestó que en su opinión todavía era posible interrumpir la propagación del virus, si los países aplicaban medidas sólidas para detectar pronto la enfermedad, aislar y tratar los casos, hacer seguimiento de los contactos y promover medidas de distanciamiento físico en las relaciones sociales que estuvieran en consonancia con el riesgo (38). La mayoría de los países parecieron no comprender el mensaje, a pesar de que en ese momento ya eran 19 los países que habían notificado casos y al menos cuatro países, además de China, habían notificado casos de transmisión de persona a persona. El hecho de que la mayor parte de las personas diagnosticadas fuera de China hubiera viajado a China se debió en parte a que las pruebas de diagnóstico se habían realizado inicialmente en personas que presentaban síntomas y que habían regresado recientemente de Wuhan.

Tras la declaración de una ESPII el 30 de enero de 2020, todos los países debieron haber comprendido claramente que la COVID-19 representaba una amenaza grave. China había notificado más de 20.000 casos confirmados o sospechosos y 170 muertes. El número de países a los que el virus se había propagado y donde ya existía transmisión local aumentaba a diario. Aun así, únicamente una minoría de países pusieron en marcha medidas de respuesta y protección integrales y coordinadas frente a la COVID-19; un puñado de ellos incluso antes de tener casos confirmados en su territorio, mientras que los demás lo hicieron una vez que se diagnosticaron los primeros casos.

La pregunta que debemos formularnos es por qué la declaración de una ESPII no hizo que los países actuaran de forma más decidida cuando era evidente que había una amenaza inminente. Tras una respuesta inicial vacilante en enero de 2020, los países se dieron cuenta a finales de ese mes que sería necesaria una respuesta a gran escala. **En opinión del Grupo, no existe el menor atisbo de duda de que febrero de 2020 fue un mes perdido,** ya que pudieron y debieron haberse tomado medidas para erradicar la epidemia y prevenir la pandemia.

El análisis realizado por el Grupo indica que la inacción de los países durante el mes de febrero obedeció a dos razones principales: en primer lugar no fueron suficientemente conscientes de la magnitud de la amenaza y no supieron cómo actuar ante ella; en segundo lugar, en ausencia de certidumbres sobre la gravedad de las consecuencias de la aparición de este nuevo patógeno, mantenerse a la expectativa pareció una opción menos costosa y con menos consecuencias, que decretar medidas concertadas de salud pública.

4.3.1 Los países que acertaron actuaron de forma proactiva; los que no, se limitaron a negar la evidencia y a retrasar la adopción de medidas

El Grupo examinó las medidas adoptadas por algunos países hasta marzo de 2021¹, y comprobó que los países que habían reconocido la amenaza del SARS-CoV-2 en una fase inicial y pudieron responder de forma integral, obtuvieron resultados mucho mejores que los que prefirieron esperar a ver cómo se desarrollaba la pandemia. Los países que reaccionaron con prontitud actuaron de forma preventiva para ganar tiempo, mientras llegaba información de otros países, en especial de Wuhan (China), donde el resultado de las medidas de confinamiento demostraba que la imposición de medidas drásticas podía ser efectiva para detener la propagación del virus.

Los modelos de respuesta ante brotes epidémicos anteriores, incluidos los del SRAS y el MERS, se adaptaron rápidamente a las características específicas de este nuevo virus y sus vías de transmisión. La epidemia de SRAS de 2003 había dejado una huella indeleble, especialmente en los países más afectados de Asia oriental y sudoriental. El SRAS hizo que los gobiernos adoptaran políticas coordinadas con estructuras de mando claramente definidas para poder prepararse y responder ante futuros brotes epidémicos, con la decidida participación de las comunidades y un fluido intercambio de información. Las funciones de protección de la salud frente a amenazas sanitarias se consolidaron en el marco de nuevos organismos centralizados.

Aunque la enfermedad del Ébola es muy distinta de la COVID-19, los países que sufrieron el ébola utilizaron esa experiencia para extraer enseñanzas que les permitieron establecer rápidamente estructuras de coordinación, movilizar personal de refuerzo y comprometerse con la población.

Las respuestas de los distintos países fueron más eficaces en los casos en que estaba clara quién era la autoridad encargada de adoptar decisiones; había capacidad suficiente para coordinar los esfuerzos de los distintos actores, incluidos los líderes comunitarios, y los distintos niveles de gobierno; y las estructuras formales de asesoramiento eran capaces de proporcionar recomendaciones científicas en el momento preciso que se tomaron en consideración. **La existencia de órganos de coordinación eficaces de alto nivel fue decisiva a la hora de determinar la capacidad de un país para adaptarse a un entorno de información cambiante;** en el contexto de una pandemia causada por un nuevo patógeno, la capacidad de adaptación ha sido vital.

Las estrategias elegidas por los distintos países para responder a la COVID-19 se concretaron de maneras muy distintas. Al analizar las respuestas nacionales, el Grupo identificó tres enfoques estratégicos diferentes: la contención activa, la supresión y la mitigación. Además, se observó que algunos países no contaban con una estrategia discernible o que fuera aplicada de manera consecuente.

La estrategia de contención activa ha sido la más habitual en los países de Asia y el Pacífico. De las 28 estrategias de respuesta nacionales analizadas por el Grupo a fondo, China, Nueva Zelandia, la República de Corea, Singapur, Tailandia y Viet Nam incluyeron medidas de contención activa del virus. La mayoría de los países que adoptaron esa estrategia

¹ El Grupo ha llevado a cabo un examen de las políticas adoptadas para combatir la COVID-19 en 28 países seleccionados como representantes de las distintas regiones; de los mejores y peores clasificados y de los que se sitúan en la mediana, teniendo en cuenta el número de muertes por cada 100.000 habitantes.

canalizaron la adopción de medidas nacionales contra la COVID-19 mediante una estructura de gobernanza coordinada y centralizada.

Entre las medidas más eficaces que pusieron en marcha los países cabe señalar, desde el cribado y la derivación rápidos de casos sospechosos para detectar los casos y rastrear los contactos con celeridad, hasta la puesta en funcionamiento de establecimientos donde pudieran autoaislarse todos los contagiados, o al menos quienes no tuvieran la posibilidad de hacerlo por su cuenta. También se introdujeron medidas de apoyo social y económico para promover el cumplimiento generalizado de las medidas de salud pública implantadas. Los países con mejores resultados forjaron alianzas a múltiples niveles, tanto intersectoriales como extragubernamentales, informaron a la población de forma sistemática y transparente y colaboraron con trabajadores de la salud y líderes comunitarios, así como con el sector privado.

La contención eficaz de la COVID-19 ha requerido la adopción de enfoques integrales capaces de armonizar múltiples actuaciones en materia de salud con campañas de sensibilización y medidas de apoyo económico. La priorización de una única intervención de salud pública a nivel poblacional, como por ejemplo el uso obligatorio de mascarillas o el cierre de colegios y comercios, no ha resultado efectiva.

Muchos países se quedaron a medio camino. Sus estrategias estaban dirigidas a alcanzar la mayor contención posible, pero no se aplicaron de forma sistemática a lo largo del tiempo. Algunos países decretaron confinamientos cuando la incidencia superaba determinados umbrales, o cuando la capacidad de los hospitales llegaba al límite. Los cambios en las políticas de confinamiento eran difíciles de programar y a menudo iban a remolque de la dinámica de la epidemia, que cambiaba rápidamente. Las políticas de cierre de fronteras variaban de un país a otro. Los programas de rastreo de contactos resultaron ser muy útiles cuando se implantaban de forma anticipada y rigurosa y se ejecutaban con coherencia. Sin embargo, los intentos de rastrear contactos mediante programas introducidos tardíamente y en contextos de alta transmisión comunitaria a menudo fracasaron y se abandonaron.

En cambio, **los países que obtuvieron los peores resultados** en la lucha contra la COVID-19 implantaron políticas descoordinadas que no tomaban en consideración lo que aconsejaban los científicos, negaron el impacto potencial de la pandemia, retrasaron la adopción de medidas integrales, y permitieron que la desconfianza menoscabara sus esfuerzos. En muchos de ellos, el sistema de salud estaba marcado por una larga historia de problemas de fragmentación, infravaloración de los trabajadores de la salud y falta de financiación. Tampoco tenían la capacidad de movilizarse rápidamente y coordinar la respuesta nacional con la de las administraciones subnacionales.

El rechazo de la evidencia científica se vio agravado por la incapacidad de los dirigentes para asumir responsabilidades o desarrollar estrategias coherentes dirigidas a prevenir la transmisión comunitaria. Los dirigentes que se mostraban escépticos o que desdeñaban la evidencia científica que se iba produciendo, erosionaban la confianza de la población, así como su colaboración y el cumplimiento de las medidas de salud pública decretadas.

En muchos casos, los esfuerzos desplegados a nivel nacional se vieron impulsados y amplificados por la respuesta regionales. Por ejemplo, los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades, como órganos dependientes de la Unión Africana, pudieron

coordinar una estrategia a escala continental frente a la pandemia, gracias al necesario apoyo político de los jefes de estado y de gobierno, y de los ministros.

4.3.2 La crisis de los suministros

Parte de las razones por las que la COVID-19 pasó de un brote epidémico a convertirse en una pandemia están relacionadas con problemas de liderazgo, coordinación y toma de decisiones a nivel nacional. No obstante, otra parte se debe a las dificultades a las que tuvieron que enfrentarse los países **al intentar desesperadamente hacerse con los equipos, suministros, pruebas diagnósticas, servicios de asesoría, fondos y personal** para responder al aumento exponencial del número de contagiados por COVID-19 que experimentaban. Ningún sistema internacional había acumulado reservas suficientes a las que se pudiera acceder para atender necesidades de tal calibre o que fuera capaz de activar un flujo de recursos y asegurar un acceso ordenado a ellos.

A principios de febrero de 2020, el Director General de la OMS advirtió de que habría retrasos de cuatro a seis meses en el suministro de mascarillas y trajes de protección. En marzo, se estimó que el desfase entre la cantidad de suministros necesarios y la capacidad para fabricarlos era del 40% (39). Las reservas que se habían acumulado tras el brote de la epidemia de gripe H1N1 de 2009 se habían agotado; muchos países empezaron a tener problemas de acaparamiento, especulación y fraude; los cierres de fronteras dificultaban la llegada de los suministros; y en abril de 2020, 75 países habían impuesto controles a la exportación de suministros médicos y de medicamentos. (40) Por otro lado, la cadena de suministro dependía en exceso de un número reducido de fabricantes o se concentraban en un puñado de países proveedores.

Los esfuerzos desplegados a nivel nacional e internacional para superar esa crisis de abastecimiento no siempre conseguían el éxito deseado. Los países que lograron constituir alianzas nacionales o forjar alianzas con sus vecinos para aumentar su poder de negociación obtuvieron mejores resultados. En África, se creó una plataforma que, en colaboración con la Unión Africana y los Centros para el Control de Enfermedades de África, tenía por finalidad poder negociar con más fuerza y con mayor peso específico en el mercado de los suministros, y evitar así ser desplazada por los países más ricos¹. A nivel internacional, las Naciones Unidas y la OMS pusieron en marcha el Sistema de Cadenas de Suministro contra la COVID-19 de las Naciones Unidas, que llegó a canalizar la mitad de los suministros esenciales dirigidos a países de ingresos medianos y bajos. Los recursos locales de investigación, desarrollo y producción se utilizaron para aumentar la disponibilidad de suministros, desde equipos de protección personal (EPI) hasta kits de pruebas, y para acelerar el desarrollo de vacunas.

Uno de los primeros suministros en escasear, y cuya disponibilidad aún hoy es limitada al no haber un organismo claramente responsable de su distribución, fue el **oxígeno, de importancia vital** en una pandemia respiratoria. Éste no es un problema nuevo; se ha informado repetidamente de que hasta la mitad de los centros de salud en zonas de escasos recursos carecen de un abastecimiento fiable de oxígeno. (41, 42).

¹ Plataforma Africana de Suministros Médicos (<https://amsp.africa>): “Ayudamos a los profesionales de la salud integrados en instituciones a obtener los equipos esenciales que necesitan lo más rápidamente posible”.

La escasez de suministros esenciales tuvo repercusiones importantes en los trabajadores de la salud en las primeras fases de la respuesta y contribuyó al elevado número de muertes. Los trabajadores de la salud manifestaron que el miedo que habían tenido al principio de la pandemia se vio acentuado por las deficiencias de los sistemas en las fases iniciales, en particular, la falta de orientaciones basadas en la evidencia, la escasez de EPI, los confinamientos repentinos que trastocaban el normal funcionamiento de las cosas, y una sensación abrumadora de que los sistemas no estaban preparados.¹

La agilidad con la que los países consiguieron hacer frente a la demanda de **personal sanitario de refuerzo** se ha convertido en un criterio fundamental de diferenciación entre los países que han respondido con eficacia y los que han tenido problemas al hacerlo. Los sistemas de salud que gestionaron su respuesta ante la COVID-19 con mayor eficacia consiguieron movilizar, formar y reasignar a sus trabajadores de la salud combinando medidas como la contratación de personal nuevo, el uso de voluntarios y médicos en prácticas y la movilización de profesionales jubilados. Dieron pasos decididos para incrementar la capacidad de los sistemas, en algunos casos mediante la rápida construcción de hospitales de campaña en lugares donde la COVID-19 estaba fuera de control, y en otros ampliando la oferta de servicios de telemedicina, aplazando los procedimientos quirúrgicos no urgentes y reforzando la atención primaria.

Rapidez en la investigación y el desarrollo. Si bien gran parte de la respuesta inicial contra la COVID-19 estuvo caracterizada por oportunidades perdidas y por la falta de acción, hubo ámbitos en los que se actuó sin demora con buenos resultados, sobre todo en la **investigación y desarrollo (I+D)** y, en particular, el desarrollo de vacunas.

La respuesta a la COVID-19 se benefició de años de esfuerzos dedicados a fortalecer las capacidades de I+D para poder hacer frente a posibles pandemias. Los científicos ya disponían de la experiencia y las tecnologías que se habían desarrollado a lo largo de décadas, especialmente, en relación con la investigación en vacunas e inmunología en ámbitos como el VIH, el ébola y el cáncer. Ahora, todo ello se podía aplicar a la lucha contra el nuevo virus.

A raíz de la epidemia de ébola de 2016, se creó un nuevo modelo de I+D para responder ante patógenos emergentes capaces de provocar graves brotes epidémicos en el futuro en el marco del Proyecto de I+D de la OMS (43, 44). En él se señalan los escollos en la cooperación internacional, se anima a alcanzar un acuerdo respecto de los principios básicos que deben regir el intercambio de datos y se buscan formas más eficaces de llevar a cabo ensayos clínicos en tiempos de crisis (45). La Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI) se puso en marcha en 2017 como entidad sin ánimo de lucro dedicada a la financiación de investigación básica y ensayos clínicos preliminares para una serie de enfermedades infecciosas epidemiológicas.

Esa infraestructura se desplegó casi tan pronto como se activó la alerta por COVID-19. El 20 de enero de 2020, la CEPI ya había señalado y financiado a algunas de las primeras instituciones candidatas para desarrollar una vacuna contra la enfermedad (Moderna y la Universidad de Oxford), cuando había menos de 600 casos en todo el mundo. Se comenzó a trabajar en una serie de ensayos clínicos adaptativos, que muy pronto comenzaron a generar evidencias. Por ejemplo, el estudio *Recovery* del Reino Unido había conseguido demostrar en junio de 2020

¹ Fuentes: Grupos de discusión organizado para la Secretaría del Grupo Independiente con una muestra de trabajadores de la salud de distintas especialidades y ámbitos geográficos.

la efectividad de la dexametasona y la ausencia de beneficio clínico del uso de hidroxiclороquina en pacientes de COVID-19 (46). El Proyecto I+D fomentó la realización de ensayos clínicos adaptativos y puso en marcha el estudio *Solidarity* a mediados de abril de 2020, un ejemplo de cómo se puede generar evidencias aleatorias de manera eficiente y robusta mediante ensayos clínicos sencillos, realizados a gran escala.

Las iniciativas desplegadas a nivel internacional para promover la investigación y desarrollo en materia de COVID-19 se complementaron con medidas nacionales; las más importantes fueron las adoptadas por el organismo encargado de la investigación y el desarrollo a nivel federal en los Estados Unidos (*Biomedical Advanced Research and Development Authority*), cuya inversión acumulada en investigación, desarrollo, fabricación y adquisición de vacunas anti-COVID-19, y tratamientos y pruebas diagnósticas conexos había alcanzado los US\$ 14 000 millones en noviembre de 2020 (47). Los organismos reguladores también se apresuraron en agilizar el ritmo de las pruebas clínicas manteniendo la seguridad. Varios organismos reguladores nacionales como la Agencia Europea del Medicamento, el órgano regulador de la India, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), y Salud Canadá autorizaron procedimientos de emergencia para acelerar la realización de pruebas clínicas.

En abril de 2020, distintos expertos en salud pública afirmaron que, según las previsiones más optimistas, la vacuna contra la COVID-19 tardaría al menos entre 12 y 18 meses en producirse (48). Sin embargo, en julio ya había varias vacunas candidatas en fases clínicas avanzadas (49).

4.3.3 Enseñanzas derivadas de la respuesta temprana

El Grupo ha analizado detenidamente las respuestas tempranas al brote de COVID-19 de los distintos países y del sistema internacional a fin de examinar si se hubiera podido responder de forma diferente para impedir que el brote se agravara hasta transformarse en la devastadora pandemia en que se convirtió.

El Grupo llegó a la conclusión de que la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional, el grado más alto de alerta a nivel mundial previsto en las normas de salud internacionales jurídicamente vinculantes no dio lugar a una respuesta urgente y coordinada a escala mundial. No fue hasta que el número de casos de COVID-19 aumentó drásticamente y la enfermedad se propagó a nivel internacional cuando los gobiernos tomaron medidas contundentes para impedir su transmisión.

En febrero no se aprovechó la oportunidad de contener el brote, a pesar de que era evidente que la infección se estaba propagando a nivel mundial.

El Grupo también determinó que el factor tiempo jugó un papel importante, pues en los pocos países que reconocieron de forma inmediata la amenaza de la COVID-19 y respondieron con rapidez, los efectos de la pandemia fueron reducidos. Incluso los países que actuaron más tarde, pero que aplicaron medidas adaptables, coordinadas, multisectoriales y basadas en datos científicos obtuvieron buenos resultados y consiguieron mantenerlos.

Los países que hicieron oídos sordos a lo que aconsejaban los científicos no lograron generar confianza en sus medidas y aplicaron estrategias incoherentes que les impidieron avanzar en la lucha contra la pandemia, y tuvieron que hacer frente a altas tasas de infección y de mortalidad.

4.4 La incapacidad de mantener la respuesta ante la crisis

4.4.1 Los sistemas nacionales de salud están sometidos a una enorme presión

Los sistemas de salud y el personal sanitario no estaban preparados para una crisis prolongada. La pandemia de COVID-19 ha supuesto un enorme desgaste físico y emocional para los trabajadores de la salud de todo el mundo. Los sistemas de salud que antes de la pandemia habían estado infradotados y fragmentados durante un largo periodo de tiempo fueron los menos resilientes. La prestación de servicios de salud esenciales, como los servicios de salud sexual y reproductiva, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la vacunación y otros programas de salud se vieron interrumpidos con consecuencias especialmente graves para los países de ingresos bajos y medianos. Las personas con patologías previas quedaron desatendidas. Las personas mayores ingresadas en residencias resultaron especialmente vulnerables a la COVID-19 y, en muchos países de ingresos altos, la avalancha de fallecimientos registrado en esos establecimientos puso de manifiesto la existencia de profundas deficiencias en la protección ante una nueva amenaza para la salud y la forma en que las personas mayores y vulnerables reciben la asistencia que necesitan.

A medida que iba avanzando la pandemia, los medios de comunicación difundieron imágenes de miles de pacientes necesitados de auxilio que abarrotaban los establecimientos sanitarios de todo el mundo, muchos de los cuales no estaban preparados para semejante oleada. Las ambulancias se agolpaban delante de los hospitales, los servicios de urgencias no daban abasto, y la falta de camas para los pacientes era alarmante. Por ejemplo, en España muchas unidades de cuidados intensivos funcionaban al 200% o 300% de su capacidad; en otros países la presión asistencial era similar.

Para evitar que el sistema colapsara, los profesionales sanitarios y otros trabajadores esenciales de primera línea (técnicos sanitarios, médicos y enfermeras, personal de fronteras y de centros de aislamiento, parteras y trabajadores comunitarios, proveedores de alimentos y limpiadores) trabajaban a destajo, a menudo sin los equipos de protección necesarios ni los suministros suficientes para atender a los pacientes, presenciando impotentes cómo estos fallecían sin poder despedirse de sus seres queridos, y preocupados por su propia salud y la de sus familias. Las medidas adoptadas en respuesta a la emergencia no hacían más que aumentar su zozobra; a medida que fueron cerrando colegios y guarderías, los trabajadores esenciales que tenían niños se las vieron y se las desearon para disponer del tiempo suficiente para atender todas sus obligaciones.

4.4.2 Empleos en riesgo

Además de los trabajadores de la salud, la pandemia también afectó a otros trabajadores esenciales, como los trabajadores por cuenta propia, los pequeños y medianos empresarios, los empleados de tiendas de alimentación, de entregas a domicilio, de transporte y de limpieza, y al personal encargado del control de fronteras nacionales y subnacionales. Los trabajadores de la industria cárnica estuvieron expuestos a un riesgo específico de infección. Las plantas de envasado de carne presentan condiciones favorables para la transmisión del virus, dada las bajas temperaturas, abundancia de superficies metálicas, elevada producción de aerosoles, niveles de ruido que exigen que los trabajadores tengan que gritar para comunicarse, trabajo en condiciones de hacinamiento y, a menudo, un acceso limitado a bajas por enfermedad.

Las características del trabajo de primera línea y los riesgos que entraña ha dado lugar a un gradiente de los ingresos, tanto a nivel nacional como internacional. Mientras quienes han podido y se lo han podido permitir, han trabajado desde casa durante la crisis, otros, en su mayoría trabajadores de ingresos bajos, se ocuparon de que el suministro de alimentos, el transporte y la distribución siguieran funcionando, arriesgándose a contagiarse.

El impacto económico de la COVID-19 ha variado en función de la interacción entre las **condiciones estructurales preexistentes** en las economías, el margen fiscal y de gobernanza disponible para la aplicación de medidas de mitigación y el carácter y la oportunidad de las decisiones adoptadas en respuesta a la pandemia. La situación preexistente era importante: había mucha más libertad para actuar y más opciones disponibles en los lugares que contaban con sistemas de salud robustos y resilientes y con mecanismos de protección social y económica sólidos, y donde los gobiernos, científicos y ciudadanos confiaban en que cada uno haría lo que estuviese en su mano para salir adelante.

Un análisis realizado en más de 80 países reveló que en los lugares con altos niveles de empleo informal, las restricciones a la movilidad no redujeron el número de casos, lo que significa que las órdenes de confinamiento solo funcionan si se cumplen tres condiciones: las familias tienen suficientes ingresos para sobrevivir durante el periodo de confinamiento; los trabajadores disponen de acceso a internet para poder trabajar de forma remota; y el nivel de confianza en el gobierno es suficientemente alto para garantizar que se cumplan sus instrucciones (50).

Muchas personas han perdido su empleo y, en algunos casos, también su seguro médico, lo que ha dado lugar a una aciaga espiral de propagación y agravamiento de la enfermedad. Los niveles mínimos de protección social, el conjunto de garantías que todo país debería ofrecer a su población a nivel nacional en materia de seguridad de ingresos y de acceso a atención sanitaria a lo largo de la vida (51), reconocen la íntima relación que existe entre la cobertura sanitaria universal y la protección social. La pandemia ha acentuado las desigualdades que aparecen cuando los países dejan de garantizar esos niveles mínimos.

Las respuestas comunitarias y la implicación de las comunidades locales han sido recursos esenciales para una respuesta eficaz. La movilización de estructuras comunitarias, como equipos de trabajadores de la salud comunitarios, ha sido decisiva para generar confianza en las instrucciones de los gobiernos, ampliar los servicios disponibles y transmitir información científica. No obstante, no se ha tenido en cuenta el potencial de las comunidades para proponer posibles medidas de respuesta a los órganos encargados de la toma de decisiones.

Del mismo modo, si bien representan casi el 60% de los trabajadores de la salud y de los trabajadores de primera línea, las **mujeres** han estado ausentes de la mayoría de los órganos de respuesta ante la COVID-19, lo que ha ampliado la brecha de desigualdad y ha puesto en peligro la eficacia de la respuesta.

4.4.3 *Nacionalismo vacunal*

El acceso a las vacunas y su distribución son cuestiones cargadas de un fuerte tinte político y sujetas a decisiones también políticas. En la actualidad, una serie de países de ingresos altos como Australia, el Canadá, Nueva Zelanda, el Reino Unido, los Estados miembros de la

Unión Europea, y los Estados Unidos han podido hacerse con dosis de vacunación suficientes para un 200% de sus habitantes (52).

El Mecanismo COVAX, puesto en marcha por la OMS y otras instituciones en abril de 2020 como el pilar de vacunación del Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 (Acelerador ACT), es un instrumento fundamental para hacer frente a la disponibilidad de vacunas a nivel mundial. Su objetivo inicial, anunciado en septiembre de 2020, era comprar 2.000 millones de dosis de vacunas contra la COVID-19 antes de finales de 2021 para su administración entre la población de 190 países. A mediados de marzo de 2021, el Mecanismo COVAX había permitido enviar 30 millones de dosis al menos a 54 países (53, 54). En ese momento, mediante ese mecanismo se había previsto poner 1.800 millones de dosis a disposición de 92 países de ingresos medianos y bajos antes del 31 de diciembre de 2021, suficiente para un 27% de sus habitantes.

Sin embargo, esas previsiones podrían verse afectadas por las incertidumbres en relación con la capacidad de fabricación, la normativa aplicable, la disponibilidad de fondos, las condiciones definitivas de los contratos y el nivel de preparación de los países al poner en marcha sus respectivos programas de vacunación contra la COVID-19. Si el Mecanismo COVAX hubiese contado desde un principio con fondos suficientes y disponibles para su uso inmediato, hubiera podido garantizar un suministro suficiente de vacunas para cumplir sus objetivos (55).

La cuestión más inmediata es cómo alcanzar un acuerdo político para compartir y redistribuir las dosis de las vacunas, tanto disponibles como comprometidas, en función de lo que sea más apropiado desde el punto de vista de la salud pública mundial, poniendo la equidad en el centro. Si bien existe un consenso en el sentido de que inmunizar solo a la población de un país no acabará con la pandemia, la incapacidad de pasar de la retórica a un envío y asignación efectivos de dosis según vayan estando disponibles constituye una grave amenaza para la lucha contra la COVID-19.

No existe una fuente de información definitiva sobre la situación de los centros de todo el mundo que están actualmente preparados y en condiciones de producir una vacuna contra la COVID-19, sobre las cantidades que podrían producir, ni sobre las materias primas necesarias. En 2020, los fabricantes tenían dificultades para predecir qué cantidad de sus vacunas podían producir para destinarlas a ensayos clínicos, por lo que realizar previsiones relativas a la fabricación a granel de miles de millones de dosis era del todo imposible. Entre las materias primas que escasean cabe mencionar las jeringas y los viales de vidrio (56).

Armonizar la transferencia tecnológica, la propiedad intelectual y la capacidad de fabricación podrían impulsar los esfuerzos para acelerar el despliegue de las vacunas. La capacidad de fabricación, un entorno normativo eficaz y una distribución equitativa son problemas interdependientes que pueden resolverse.

Los avances en el intercambio de conocimientos y en materia de cesión de licencias y propiedad intelectual han sido lentos. En mayo de 2020, la OMS puso en marcha la iniciativa Acceso Mancomunado a las Tecnologías contra la COVID-19 (C-TAP) para mancomunar conocimientos, propiedad intelectual y datos (57). Si bien en principio recibió el apoyo de 41 países de ingresos altos, medianos y bajos, la iniciativa todavía no ha recibido ninguna aportación. La reciente propuesta presentada por Sudáfrica y la India en la Organización Mundial del Comercio para dejar sin efecto los derechos de propiedad intelectual y permitir

que los fabricantes de genéricos produzcan vacunas contra la COVID-19 sigue encontrando oposición. La India, que podría convertirse en uno de los mayores fabricantes de vacunas del mundo, se ha quedado rezagada en la producción y distribución de vacunas, y el aumento de casos en el país ha restringido sus exportaciones de vacunas (58).

El Grupo está convencido de que la combinación de una serie de decisiones estratégicas desacertadas, la falta de voluntad para atajar las desigualdades existentes y un sistema descoordinado han dado lugar a una mezcla explosiva que ha permitido que la pandemia se convierta en una crisis humana de proporciones catastróficas.

El Grupo señala que la COVID-19 ha sido una pandemia caracterizada por las desigualdades y las inequidades (59). Las personas con menos protección social han tenido un mayor riesgo de padecer enfermedades preexistentes que les han hecho más vulnerables frente a la COVID-19 y a menudo han estado más expuestos al virus debido al tipo de trabajo que realizan y a sus condiciones de vida. Cuando las personas vulnerables y enfermas entraban en contacto con la COVID-19, la falta de protección social les impedía quedarse en casa porque corrían el riesgo de perder ingresos.

La desigualdad ha sido el factor determinante para explicar por qué la pandemia de COVID-19 ha tenido un efecto tan desigual en la vida y la economía de las personas.

5. Recomendaciones del Grupo independiente para transformar el sistema internacional de preparación y respuesta ante una pandemia

El Grupo considera que es necesario modificar el sistema en su conjunto a fin de superar el fracaso manifiesto del sistema internacional para prevenir, contener y mitigar los efectos de una pandemia. Toda estrategia de preparación y respuesta ante una pandemia debe aplicarse a nivel nacional, regional y mundial, en diferentes sectores de la vida social y económica, y debe incluir a los gobiernos, las empresas y las comunidades.

Hay que detener la pandemia actual lo antes posible. Posteriormente, en la fase de recuperación, deberán adoptarse medidas que garanticen que una pandemia de este tipo no vuelva a producirse, reconstruyendo mejor para progresar. Es preciso recuperar el terreno perdido en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, corrigiendo los efectos combinados de la pandemia en la salud, los medios de vida y la desigualdad.

Las recomendaciones del Grupo se derivan del diagnóstico que hemos realizado sobre lo que ha fallado en cada fase de la pandemia, en la preparación, la vigilancia y la alerta, y en la respuesta temprana y sostenida, así como de nuestra opinión sobre el liderazgo necesario para transformar el sistema.

Es necesario:

- ***un liderazgo más robusto y una coordinación más adecuada a nivel nacional, regional e internacional, que incluya una OMS más centrada e independiente, un tratado sobre pandemias y un consejo superior sobre amenazas para la salud de alcance mundial;***
- ***invertir en la preparación ahora, no cuando llegue la próxima crisis, una medición más precisa y mecanismos de rendición de cuentas para estimular la adopción de medidas;***
- ***un sistema mejorado de vigilancia y alerta que funcione a una velocidad que permita luchar contra virus como el SARS-CoV-2, así como conceder autoridad a la OMS para publicar información y enviar misiones de expertos de forma inmediata;***
- ***una plataforma prenegociada capaz de producir vacunas, pruebas diagnósticas, tratamientos y suministros, y asegurar su distribución con celeridad y de forma equitativa en tanto que bienes comunes esenciales de carácter mundial;***
- ***acceso a recursos financieros para invertir en la preparación y para poder inyectar fondos de forma inmediata al inicio de una posible pandemia.***

El Grupo pide a los Estados miembros que soliciten al Secretario General de las Naciones Unidas que convoque un **periodo extraordinario de sesiones** de la Asamblea General de las Naciones Unidas con el fin de alcanzar un acuerdo sobre las reformas necesarias para garantizar que se pueda prevenir que el próximo brote de un nuevo patógeno se convierta en otra pandemia.

1. *Elevar el nivel de liderazgo para prepararse y responder a las amenazas de salud de alcance mundial al más alto rango a fin de garantizar una acción justa de la que haya que rendir cuentas y multisectorial*

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto **la falta de liderazgo político de alto nivel a la hora de actuar de forma coordinada a escala mundial para combatir la pandemia, con los consiguientes problemas para alcanzar un acuerdo entre los gobiernos en apoyo de objetivos comunes y de la convergencia de esfuerzos para afrontar los retos sanitarios, sociales y económicos**. Debido a ello, no se han definido orientaciones estratégicas mundiales coherentes en la respuesta a la pandemia que estén vinculadas a los organismos internacionales y a las instituciones regionales. El sector privado y las organizaciones de la sociedad civil tampoco han podido contribuir al establecimiento de orientaciones estratégicas de forma eficaz.

La evolución orgánica del **sistema de salud internacional** a lo largo de las últimas décadas para hacer frente a determinados problemas de salud ha dado lugar a importantes avances, pero también ha creado disfunciones derivadas de la falta de claridad en las atribuciones y responsabilidades y de la incapacidad para aprovechar con eficacia las ventajas comparativas de los distintos agentes. Las crisis sanitarias mundiales tienen repercusiones en todo el sistema y precisan el liderazgo coordinado de la OMS, el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y el Secretario General de las Naciones Unidas. Se requiere una coordinación similar a nivel regional. En los países donde hay presencia de las Naciones Unidas, el sistema de coordinadores residentes se encarga de la coordinación del sistema de las Naciones Unidas en apoyo de los países.

El sistema internacional para la preparación y respuesta frente a las pandemias requiere una transformación fundamental, que esté impulsada por un liderazgo político al más alto nivel. Esa transformación debe generar sinergias entre las organizaciones internacionales, regionales y nacionales, una mayor capacidad de preparación y respuesta ante las pandemias a todos los niveles, y sistemas eficaces de seguimiento y cumplimiento.

El Grupo está convencido de que es fundamental crear un consejo sobre amenazas para la salud de alcance mundial al más alto nivel a fin de garantizar la obtención de buenos resultados en el futuro. La pandemia ha demostrado que debería haberse creado un organismo de ese tipo hace mucho tiempo. Ello contribuiría a garantizar el liderazgo político al más alto nivel y a que la atención a la prevención, la preparación y la respuesta a las pandemias se mantenga a lo largo del tiempo a fin de alcanzar el objetivo de lograr un mundo sin pandemias. Ese consejo debería ser una voz inclusiva y con autoridad legítima, que pudiera utilizar los mecanismos de rendición de cuentas y proporcionar acceso a financiación para garantizar la preparación y la respuesta a nivel nacional, regional y mundial.

Cualquier transformación del sistema internacional requerirá una gobernanza internacional más sólida para la preparación y respuesta ante una pandemia. Los instrumentos jurídicos internacionales deberían apoyar ese objetivo. El Grupo cree que un **convenio marco brindaría la oportunidad de subsanar** las deficiencias en la respuesta internacional, aclarar las responsabilidades entre los Estados y las organizaciones internacionales, y establecer y reforzar las obligaciones y normas legales. Los mecanismos de financiación, investigación y desarrollo, transferencia de tecnología y creación de capacidad también podrían estar consagrados en ese convenio. La rápida adopción de un convenio marco sobre pandemias debería aprovechar la voluntad política en el momento de mayor determinación mundial para evitar futuras pandemias y servir para agilizar las reformas en materia de gobernanza.

El compromiso de los Jefes de Estado y de Gobierno con la transformación del sistema internacional de preparación y respuesta ante una pandemia debe ir acompañado de la determinación de liderar una aplicación sólida y efectiva a nivel nacional. Ello estará en consonancia con la aplicación continuada y mejorada de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

EL GRUPO RECOMIENDA

- I. **Establecer un consejo mundial sobre amenazas para la salud.** Su composición debería estar refrendada por una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas (véanse a continuación las recomendaciones para un periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General y el anexo A). El consejo debería estar dirigido por los Jefes de Estado y de Gobierno, y entre sus miembros deberían figurar actores estatales y no estatales relevantes, que garanticen una representatividad regional, de género y generacional equitativa, con las atribuciones siguientes:
 - a) **Mantener el compromiso político** en lo que respecta a la preparación ante pandemias entre situaciones de emergencia y la respuesta a ellas.
 - b) Garantizar la máxima **complementariedad, cooperación y acción colectiva** en todo el sistema internacional a todos los niveles.
 - c) **Supervisar los progresos realizados en la consecución de los objetivos y metas fijados por la OMS**, así como en relación con las posibles nuevas pruebas científicas y los marcos jurídicos internacionales, e informar periódicamente a la Asamblea General de las Naciones Unidas y a la Asamblea Mundial de la Salud.
 - d) **Asignar recursos** mediante la nueva modalidad de financiación propuesta según la fórmula de capacidad de pago.
 - e) **Exigir responsabilidades a los distintos actores**, entre otras cosas, mediante el reconocimiento o el escrutinio por iguales y la publicación de informes analíticos de situación.
- II. **Adoptar un Convenio Marco sobre Pandemias en los próximos seis meses**, haciendo uso de las facultades previstas en el artículo 19 de la Constitución de la OMS, que complemente al Reglamento Sanitario Internacional (RSI), con la ayuda de la OMS y con la clara participación de los más altos niveles de gobierno, los expertos científicos y la sociedad civil.
- III. **Los Jefes de Estado y de Gobierno deben adoptar una declaración política en una cumbre mundial que se celebre bajo los auspicios de la Asamblea General de las Naciones Unidas**, en el marco de un periodo extraordinario de sesiones convocado a tal efecto, y comprometerse **a transformar la preparación y la respuesta a la pandemia en consonancia con las recomendaciones formuladas en el presente informe.**

2. Centrar y reforzar la independencia, la autoridad y la financiación de la OMS

La OMS desempeña una función rectora indispensable en el sistema internacional de prevención, preparación y respuesta a una emergencia sanitaria mundial, como una pandemia. La labor de la OMS durante la pandemia de COVID-19 ha sido de una escala y un nivel sustancialmente diferentes en comparación, por ejemplo, con el periodo inicial de la respuesta al ébola en África occidental en 2014. La OMS debe ser el eje del sistema sanitario mundial. Durante muchos años se le han encomendado nuevas tareas sin la autoridad ni los recursos suficientes para acometerlas plenamente. En esta pandemia, los esfuerzos de su dirección y su personal han sido incansables, pero los **problemas estructurales se han hecho patentes**.

La OMS es y debe ser la principal organización sanitaria del sistema internacional, pero no puede hacerlo todo. Es imperativo que el sistema internacional de preparación y respuesta actúe de forma conjunta a nivel mundial, regional y nacional y que sea un sistema bien definido y coordinado de apoyo a los países que permita aprovechar al máximo las ventajas comparativas de los distintos actores.

Al apoyar a los gobiernos nacionales, la OMS debería ser el organismo convocante, si bien en los casos de emergencias debería reforzar su papel coordinador sin asumir, además, en la mayoría de los casos, funciones relacionadas con el suministro (como la adquisición y el abastecimiento). La OMS debería centrarse en proporcionar dirección y análisis estratégicos, en formular normas y criterios, y en prestar asesoramiento técnico a fin de garantizar que los países cuenten con sistemas de salud resilientes y preparados, con la capacidad de respuesta necesaria para afrontar situaciones de emergencia sanitaria. En el caso de emergencias, la OMS tiene una importante función operacional que desempeñar, proporcionando asesoramiento y apoyo técnicos.

La calidad, oportunidad y claridad del asesoramiento técnico y la dirección que la OMS proporciona al mundo son de suma importancia. Los programas deben contar con expertos competentes y de gran calidad, con conocimientos actualizados, que estén respaldados por los sistemas financieros, institucionales y de gestión necesarios. Las oficinas regionales pueden desempeñar un papel fundamental a la hora de adaptar el asesoramiento mundial de forma más concreta a los contextos locales. Una función técnica esencial de la OMS es traducir los modelos eficaces de respuesta nacionales en estrategias que puedan aplicarse en otros lugares.

El **modo en que la OMS se financia actualmente** tiene graves repercusiones en la calidad de la actuación de la organización. Su precaria financiación **es un importante riesgo para la integridad e independencia de su labor**. Los intentos sucesivos realizados en las últimas décadas para mejorar el actual modelo de financiación no han tenido éxito.

Si bien el Director General de la OMS en principio goza de la **autoridad** formal y jurídica necesaria para tomar decisiones y guiar al mundo en lo que respecta a las pandemias y la salud en general, y transmitir la información pertinente, en la práctica, existen problemas que afectan al ejercicio de esa autoridad. La salud mundial es inevitablemente un ámbito con una gran carga política y es fundamental que la OMS, como institución, sea lo suficientemente fuerte como para poder actuar con la máxima independencia. Es deseable que otras instituciones del sistema multilateral gocen del mismo grado de independencia.

La **gobernanza** debe estar en consonancia con las expectativas depositadas en la Organización, sobre todo cuando está sometida a la tensión extrema de tener que hacer frente a una pandemia. Los intentos de reformar el papel del Consejo Ejecutivo han sido más bien insatisfactorios. La incapacidad del Consejo para actuar como un órgano ejecutivo, apoyando y guiando de cerca el trabajo de la Organización, se ha puesto de manifiesto en la actual pandemia.

EL GRUPO RECOMIENDA

- I. ***Establecer la independencia financiera de la OMS a partir de una dotación de recursos no asignados, aumentar las contribuciones de los Estados miembros a dos tercios del presupuesto del programa básico de la OMS y disponer de un proceso estructurado de dotación de fondos para el resto del presupuesto.***
- II. ***Fortalecer la autoridad y la independencia del Director General, entre otras cosas mediante un único mandato de siete años sin posibilidad de reelección. La misma norma debería adoptarse para los directores regionales.***
- III. ***Reforzar la capacidad de gobernanza del Consejo Ejecutivo, en particular mediante la creación de un comité permanente para emergencias.***
- IV. ***Centrar el mandato de la OMS en la orientación normativa, técnica y sobre políticas, incluido el apoyo a los países y las regiones para crear capacidad de preparación y respuesta ante una pandemia y para que los sistemas de salud sean resilientes y equitativos.***
- V. ***Facultar a la OMS para que asuma una función rectora, de convocatoria y de coordinación en lo que respecta a los aspectos operacionales de la respuesta de emergencia a una pandemia, sin que deba asumir, en la mayoría de los casos, responsabilidad alguna en materia de compras y suministros, asegurándose de que ello se produzca sin menoscabo de las demás funciones esenciales de la OMS, como la prestación de asesoramiento y apoyo técnico en contextos operacionales.***
- VI. ***Dotar a las oficinas de la OMS en los países de recursos suficientes para responder a las solicitudes técnicas de los gobiernos nacionales a fin de apoyar la preparación y la respuesta ante una pandemia, incluido el apoyo a la creación de sistemas de salud resilientes, equitativos y accesibles, a la cobertura sanitaria universal y a la mejora de la salud de la población.***
- VII. ***Dar prioridad a la calidad y el desempeño del personal en cada nivel de la OMS, y despolitizar la contratación (especialmente en los niveles superiores), ateniéndose a criterios de mérito y competencias.***

3. Invertir ahora en la preparación para la creación de capacidades plenamente funcionales a nivel nacional, regional y mundial

La preparación ante pandemias no ha recibido suficiente prioridad política. Se ha limitado en gran medida al sector de la salud. La magnitud del riesgo de pandemia no se ha tenido en cuenta en la toma de decisiones económicas, ni en el establecimiento de prioridades del conjunto del gobierno o de las organizaciones a nivel nacional, regional o mundial.

Una oportunidad concreta de integrar la concienciación sobre el riesgo de pandemia y la preparación frente a ese riesgo con el desarrollo económico consistiría en incorporar las consideraciones pertinentes sobre pandemias en los instrumentos existentes que utilizan el FMI y el Banco Mundial.

No ha habido coordinación multisectorial en la preparación. Si bien el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres integra el riesgo de pandemia en su ámbito, la creación de capacidad para la reducción del riesgo de desastres ha estado muy desvinculada de los esfuerzos de preparación ante pandemias emprendidos en el sector de la salud.

Una de las consecuencias de no haber dado prioridad a la preparación ante pandemias es la falta de financiación para apoyar la planificación de la preparación y la creación de capacidad a nivel nacional y las funciones de apoyo a nivel mundial. Los planes nacionales de respuesta ante pandemias no suelen ser estratégicos y carecen de planes de movilización financiera viables.

La falta de financiación suficiente para la preparación existe en todo el mundo y en países de todos los niveles de ingresos. Mientras los países de ingresos bajos y medianos pueden necesitar ayuda internacional para complementar sus recursos nacionales para la preparación ante pandemias, los países de ingresos altos pueden sufragar todos los gastos previstos con recursos nacionales.

Las evaluaciones de la preparación no fueron rigurosas y, en la práctica, no lograron predecir los resultados reales de las intervenciones contra la COVID-19. El uso de ejercicios de simulación fue, en el mejor de los casos, irregular y no estuvo acompañado de medidas correctivas sistemáticas. Los sistemas de salud animal y medioambiental no se integraron en su mayoría con los sistemas de protección de la salud humana. La planificación explícita del enfoque "Una Salud" no se adoptó al más alto rango de gobernanza a nivel nacional, regional o mundial.

No se disponía de planes para hacer frente a un aumento súbito de la demanda, ni de recursos humanos prestos para un despliegue rápido, ni de reservas, ni de distribución anticipada de suministros esenciales.

Un nuevo patógeno con potencial pandémico podría aparecer en cualquier momento. **Es necesario corregir urgentemente las deficiencias que afectan a la preparación.** Si bien muchos gobiernos y organizaciones regionales e internacionales están centrados en la actual crisis de la COVID-19, tal vez les resulte difícil prestar atención a las medidas necesarias para prepararse mejor ante futuros brotes, que pueden proceder de patógenos muy distintos y tener consecuencias diferentes. Por lo tanto, poner en común lo aprendido sobre los aciertos en la respuesta frente a la COVID-19 y las difíciles enseñanzas extraídas de los errores cometidos, constituye una oportunidad única que nos permitirá prepararnos para evitar que vuelva a producirse una pandemia con consecuencias catastróficas.

EL GRUPO RECOMIENDA

- I. **Que la OMS establezca metas y puntos de referencia** nuevos y cuantificables para la preparación frente a la pandemia y el desarrollo de capacidad de respuesta.
- II. **Que los gobiernos de todos los países actualicen sus planes nacionales de preparación con arreglo a los objetivos y puntos de referencia fijados por la OMS en un plazo de seis meses**, garanticen la coordinación de todo el gobierno y del conjunto de la sociedad y se doten de las competencias, la logística y la financiación adecuadas y pertinentes para hacer frente a futuras crisis sanitarias.
- III. **Que la OMS formalice los exámenes periódicos por homólogos** de la capacidad nacional de preparación y respuesta ante pandemias en relación con los objetivos fijados por la OMS, como medio de rendir cuentas y de fomentar el aprendizaje entre los países.
- IV. **Como parte de la consulta prevista en el Artículo IV** con los países miembros, el FMI debería incluir de forma sistemática una evaluación de la preparación ante pandemias, que englobe una evaluación de los planes de respuesta en materia de política económica. El FMI debería tener en cuenta las evaluaciones de las políticas de salud pública realizadas por otras organizaciones. También deberían instituirse programas quinquenales de evaluación de la preparación ante pandemias en cada país miembro, con el mismo propósito que los programas de evaluación del sector financiero, realizados conjuntamente por el FMI y el Banco Mundial.

4. Establecer un nuevo sistema internacional de vigilancia, validación y alerta

La inteligencia epidémica se apoya cada vez más en el análisis permanente de decenas de miles de indicios a través de fuentes abiertas y en la detección y verificación de posibles amenazas para la salud pública. Los avances en los sistemas de **vigilancia digital en tiempo real**, apoyados por medios de aprendizaje automático, han creado un sistema que siempre está activo, capaz de detectar inmediatamente cualquier información preocupante. En cambio, los procesos de alerta, verificación y notificación que forman parte del RSI (2005) requieren que la información se transmita de forma metódica a nivel nacional por medio del aparato del Estado y, posteriormente, a la OMS. El procedimiento metódico que se basa en el RSI no está preparado para responder a una velocidad acorde con los sistemas de vigilancia, y el desfase entre ambos es una de las claves del mal funcionamiento del sistema. Ese fallo es especialmente notorio cuando se trata de contener un patógeno respiratorio de propagación rápida.

Los Estados Miembros de la OMS son reacios a conceder a la Organización y a su Director General competencias para investigar los posibles brotes e informar al respecto de forma inmediata. Únicamente se pueden enviar misiones de expertos técnicos a los distintos países con su consentimiento, y no se ha establecido ningún sistema de concesión de autorización previa de las misiones. A menudo son necesarias largas negociaciones con los gobiernos para que las misiones puedan acceder a los países una vez que se ha notificado un brote.

Con el sistema actual de alerta de pandemia se tiende a la inacción: únicamente se pueden adoptar medidas si existen datos que indiquen que es necesario. Es preciso invertir el criterio: las medidas de precaución deben adoptarse de forma preventiva, a menos que los datos observados demuestren que no son necesarias.

Una ESPII debería ser una llamada de atención para responder con carácter urgente a una pandemia en todo el mundo, y los países deberían estar atentos a las características precisas de esa emergencia y a la posible amenaza que entraña. En cambio, los procesos relacionados con una declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional están más orientados a garantizar que no se impongan restricciones injustificadas al comercio y a los viajes. El RSI (2005) no impone ninguna obligación de actuación a los Estados tras la declaración de una ESPII.

Al modificar el sistema de alerta para orientarlo hacia una intervención rápida, es necesario abordar las **estructuras de incentivos**. Desde el nivel local hasta el internacional, actualmente los agentes de salud pública solo ven los inconvenientes de llamar la atención sobre un brote con potencial de propagación. **Hay que crear incentivos** para recompensar una acción de respuesta temprana y reconocer que las medidas de prevención y contención ofrecen una protección inestimable que beneficia a toda la humanidad.

Deben asociarse normas de actuación explícitas a los sistemas de alerta y respuesta ante brotes epidémicos. Esas normas de actuación deben referirse a diferentes clases de patógenos emergentes. Cada una de las fases que preceden a la alerta, así como las que se suceden, han de ser predecibles y activar la adopción de las medidas de respuesta requeridas sin demora.

EL GRUPO RECOMIENDA

- I. ***Que la OMS establezca un nuevo sistema mundial de vigilancia basado en la máxima transparencia de todas las partes, que utilice las herramientas digitales más avanzadas para conectar los centros de información de todo el mundo y que incorpore la vigilancia de la salud animal y ambiental, con la debida protección de los derechos de las personas.***
- II. ***Que la Asamblea Mundial de la Salud autorice de forma explícita a la OMS que publique información sobre brotes con potencial pandémico de forma inmediata, sin requerir la aprobación previa de los gobiernos nacionales.***
- III. ***Que la Asamblea Mundial de la Salud faculte a la OMS para investigar los patógenos con potencial pandémico en todos los países, y permita el acceso a los lugares pertinentes con poca antelación, el suministro de muestras y la concesión de visados de entrada múltiple a epidemiólogos internacionales para que visiten los lugares donde se produzcan los brotes.***
- IV. ***Las futuras declaraciones de emergencia de salud pública de importancia internacional por el Director General de la OMS deberían basarse en el principio de precaución cuando esté justificado, como en el caso de las infecciones respiratorias. Las declaraciones de ESPII deben basarse en criterios claros, objetivos y publicados. El Comité de Emergencia que asesora al Director General de la OMS debe ser totalmente transparente en su composición y métodos de trabajo. El mismo día en que se declare una ESPII, la OMS debe proporcionar a los países orientaciones claras sobre las medidas que deben adoptarse y quién debe hacerlo para contener la amenaza sanitaria.***

5. Establecer una plataforma previamente negociada de herramientas y suministros

El Acelerador ACT se puso en marcha el 24 de abril de 2020 y ha evolucionado de manera orgánica. Sus pilares relativos a las vacunas, las pruebas diagnósticas y los tratamientos y su conector de los sistemas de salud han sido concebidos como alianzas ágiles de colaboración más que como estructuras jerárquicas. Si bien **el Acelerador ACT logró establecer una plataforma eficaz** en muchos sentidos, el hecho de que no existiera antes de la aparición de la pandemia de COVID-19 y haya tenido que crearse para ese fin explica sus deficiencias. **No todos los pilares de la iniciativa han alcanzado el mismo grado de éxito**, y hasta la actualidad no se ha logrado establecer un marco coherente, estratégico, inclusivo y plenamente financiado. Algunos países y la sociedad civil perciben el Acelerador ACT como una estructura impulsada por la oferta, insuficientemente inclusiva, en la que los grandes países e instituciones donantes ejercen una influencia asimétrica en el proceso de toma de decisiones.

Las partes interesadas, incluidos los países y los fabricantes, no comparten la visión de que los tratamientos, vacunas y pruebas diagnósticas necesarios para combatir la pandemia son bienes comunes mundiales para la salud. A falta de dicha visión compartida, lo que prevalece es un enfoque caracterizado por la ausencia de cambios, dominado por el desarrollo y comercialización, por empresas multinacionales, de productos protegidos por derechos de propiedad intelectual, concebidos para países ricos, que hace que el resto del mundo tenga que depender de la buena voluntad de donantes, entidades de ayuda para el desarrollo y organizaciones benéficas para acceder, eventualmente, a tecnologías sanitarias que podrían suponer la diferencia entre la vida y la muerte (60).

La armonización de los instrumentos internacionales debería promover esa visión compartida, por ejemplo, abogando por la cesión de licencias abiertas para vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas en la próxima Recomendación sobre Ciencia Abierta, un instrumento normativo internacional creado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, que se está negociando en la actualidad con los Estados Miembros para ser adoptado en 2021.

La concentración de la capacidad de fabricación, así como de ensayos y de generación de conocimientos en materia de vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas y otros suministros esenciales, en un reducido número de países ha sido uno de los factores que más ha contribuido a la desigualdad. Si bien el desarrollo de productos vacunales se ha llevado a cabo con gran éxito, **ha faltado un plan integral** en el que la investigación y el desarrollo, los ensayos clínicos y los procesos de fabricación estuviesen guiados por un objetivo y una estrategia encaminados a conseguir un acceso equitativo y efectivo.

Un sistema previamente negociado que permita acelerar la I+D y conseguir un acceso equitativo es vital para una respuesta eficaz ante la pandemia y para el desarrollo y distribución de vacunas, tratamientos, pruebas diagnósticas y suministros esenciales. El Acelerador ACT proporciona un modelo valioso. Las enseñanzas extraídas de sus puntos fuertes y de sus puntos débiles deberían guiar la creación de una plataforma permanente que pudiera activarse rápidamente en caso de declararse una nueva pandemia.

El Grupo cree que debería realizarse un examen exhaustivo de los logros, la financiación y la gobernanza del Acelerador ACT para aumentar su robustez, así como su idoneidad para las funciones ampliadas que debería asumir. El actual modelo basado en sistemas dominados por países de ingresos altos debe transformarse en un sistema inclusivo de alcance mundial ya que es la opción más correcta desde el punto de vista moral y es la única forma de gestionar una pandemia mundial.

Es fundamental que ese sistema sea capaz de coordinar el proceso de toma de decisiones a escala mundial; de mantener relaciones provechosas con los fabricantes de vacunas y de otros productos del sector público y del sector privado y de todas las regiones; de fortalecer las capacidades de fabricación a nivel mundial y local, entre otras cosas, mediante inversiones en transferencia de tecnología sostenidas a largo plazo; y de incorporar un mecanismo de financiación que invierta en las fases tempranas del ciclo de desarrollo para facilitar procesos de desarrollo, fabricación y acceso rápidos y equitativos.

EL GRUPO RECOMIENDA

- I. ***Transformar el Acelerador ACT tal y como está concebido en la actualidad en una plataforma verdaderamente mundial de extremo a extremo para vacunas, pruebas diagnósticas, tratamientos y suministros esenciales, pasando de un modelo en el que la innovación se deja en manos del mercado a otro dirigido a distribuir bienes públicos mundiales. Su estructura de gobierno debe incluir representantes de países de todos los niveles de ingresos y de todas las regiones, así como de la sociedad civil y del sector privado. La I+D y demás procesos pertinentes deben estar inspirados en un objetivo y una estrategia encaminados a conseguir un acceso equitativo y efectivo.***
- II. ***Asegurarse de que la transferencia de tecnología y el compromiso con la cesión voluntaria de licencias sean parte de todos los acuerdos en los que se invierte dinero público en investigación y desarrollo.***
- III. ***Establecer una financiación sólida y capacidad regional de fabricación, regulación y adquisición de instrumentos que permitan el acceso equitativo y efectivo a vacunas, tratamientos, pruebas diagnósticas y suministros esenciales, y a ensayos clínicos:***
 - a. ***a partir de planes desarrollados conjuntamente por la OMS, instituciones regionales, y el sector privado;***
 - b. ***mediante compromisos y procesos que favorezcan la transferencia de tecnología a y entre los grandes centros de fabricación de cada región, entre otros; y***
 - c. ***con el respaldo financiero de instituciones financieras internacionales y bancos de desarrollo regionales y otros organismos de financiación públicos y privados.***

6. *Recaudar nuevos fondos internacionales para adquirir los bienes públicos mundiales necesarios para la preparación y respuesta ante pandemias*

“Más dinero” es una respuesta fácil a cualquier problema. Pero el llamamiento del Grupo persigue una financiación específica para fines específicos. Además de la necesidad de financiación para responder a la crisis actual y de otros fondos adicionales para la labor de la OMS, la crisis de la COVID-19 ha puesto de manifiesto dos retos específicos relacionados con los bienes públicos mundiales para la preparación y respuesta eficaces ante pandemias: **la insuficiente financiación** de los programas de preparación ante pandemias a nivel nacional, regional y mundial antes de que se declarara, y la lentitud de las aportaciones de financiación para dar respuesta a la pandemia una vez declarada la emergencia de salud pública de importancia internacional.

Una función fundamental del sistema internacional de preparación y respuesta ante pandemias es paliar dos deficiencias específicas que lastran a los países más pobres: la falta de una **financiación estable** para la preparación ante pandemias como bien público mundial y la necesidad **urgente de fondos** para una respuesta inmediata. Entre los ejemplos de financiación para la preparación ante pandemias de este tipo, cabe destacar la ayuda a países y regiones para que lleven a cabo ejercicios de simulación y creen centros dedicados a la secuenciación genómica. Un ejemplo de financiación para fortalecer la capacidad de respuesta sería la agilización de la compra de tratamientos y pruebas diagnósticas o la realización de un mayor número de pruebas.

Es preciso pensar al margen de las ayudas y la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) para financiar los bienes públicos mundiales. La preparación ante pandemias y la capacidad de responder de forma anticipada deben considerarse elementos de infraestructura esenciales que no pueden fallar y requieren una financiación estable y fiable como sucede con otros sistemas internacionales esenciales, como el sistema financiero y la banca, o la seguridad y el mantenimiento de la paz.

El actual sistema internacional para la recaudación, la canalización y el empleo de recursos internacionales para la preparación y la respuesta ante pandemias está integrado por una diversidad de actores, mandatos e instrumentos de financiación. Si bien **no recomendamos la creación de nuevos organismos de ejecución**, creemos que los organismos de ejecución existentes necesitan financiación adicional destinada a los bienes públicos esenciales que proporcionan.

Hay ejemplos satisfactorios en la financiación de iniciativas destinadas a combatir la COVID-19, que son un punto de partida para la completa transformación del sistema de financiación que se necesita; por ejemplo, la movilización y reasignación por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria de US\$ 1000 millones para atender necesidades urgentes relacionadas con la COVID-19 en las fases iniciales de la pandemia y su reciente aportación de US\$ 3500 millones adicionales para apoyar la respuesta ante la COVID-19, que incluye la realización de pruebas, y el suministro de equipos de protección personal y de oxígeno. Estamos decididos a que esas iniciativas sean proactivas y estén bien planificadas, y no reactivas y apresuradas.

EL GRUPO RECOMIENDA

- I. **Crear un mecanismo de financiación internacional para pandemias que permita recaudar fondos adicionales de forma estable para fortalecer la preparación ante pandemias y disponer rápidamente de fondos de refuerzo que permitan dar una respuesta adecuada en caso de pandemia.**
 - **El mecanismo debería poder movilizar a largo plazo (10 a 15 años) aportaciones de aproximadamente US\$ 5000 millones a US\$ 10.000 millones al año para financiar las actividades de preparación emprendidas.** También podrá desembolsar hasta un máximo de entre US\$ 50 000 millones y US\$ 100 000 millones con un preaviso breve, y podrá **adelantar cantidades cuyo desembolso esté previsto para el futuro** en caso de que se declare una pandemia. Esos recursos deberían cubrir el déficit de financiación de bienes públicos mundiales a nivel nacional, regional e internacional, a fin de asegurar una preparación y respuesta ante pandemias completa e inclusiva.
- II. **Debería adoptarse una fórmula basada en la capacidad de pago mediante la que las economías más ricas y de mayor tamaño aportarían más fondos, preferiblemente no procedentes de partidas presupuestarias de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD). Es decir, se trataría de fondos adicionales a los establecidos en los niveles presupuestarios de la AOD.**
 - **Corresponderá al Consejo sobre Amenazas a la Salud Mundial la tarea de asignar y fiscalizar los fondos que, procedentes de este instrumento, se destinen a instituciones regionales y mundiales existentes que puedan ayudar a aumentar el nivel de preparación y la capacidad de respuesta ante pandemias.**
 - **Los fondos dedicados a la preparación** podrían preasignarse según la función y la institución. La inyección de fondos de refuerzo para mejorar la capacidad de **respuesta** en caso de que se vuelva a declarar una pandemia debería guiarse por planes de respuesta previamente acordados para las situaciones más probables, aunque debería permitirse cierta flexibilidad para adaptarlos en función de la amenaza.
 - **La Secretaría encargada del mecanismo de financiación deberá tener una estructura muy austera** y se esforzará por trabajar con los organismos mundiales y regionales ya existentes, así como por medio de ellos.

7. Los países deberán establecer un sistema de coordinación nacional al máximo nivel para la preparación y respuesta ante pandemias

En un número considerable de países las respuestas nacionales no consiguieron ganarle el pulso a la pandemia. Las medidas que se adoptaron demasiado tarde soportaron todos los costos, pero no se aprovecharon de ninguno de los beneficios de la contención temprana, lo que dio lugar a un círculo vicioso en el que economía y salud eran conceptos contrapuestos.

Los países que gestionaron adecuadamente la enfermedad **utilizaron todas las estructuras del Gobierno y movilizaron a toda la sociedad, recurrieron al asesoramiento científico, colaboraron con trabajadores comunitarios de la salud y con líderes comunitarios**, implicaron a los sectores más vulnerables y marginados de la población, incluso en países inmersos en conflictos, y trabajaron codo a codo con los gobiernos subnacionales. En cambio, en los lugares donde el asesoramiento de los científicos fue ninguneado y la estrategia nacional se caracterizó por la negación, los retrasos y la desconfianza, el resultado fue un esfuerzo nacional descoordinado y confuso que no logró detener la transmisión comunitaria.

La construcción de sociedades resilientes y equitativas requiere un importante cambio de mentalidad. El grado en que la pandemia de COVID-19 ha exacerbado las desigualdades pone de manifiesto de forma innegable lo interconectados que están los factores sociales, económicos, ambientales y políticos en la sociedad. Los programas de salud y las respuestas ante la COVID-19 deben reconocer las desigualdades de género, étnicas o de otro tipo y actuar frente a ellas. Los actores comunitarios y los agentes del sector privado se han considerado vías para conseguir recursos a fin de complementar la actividad principal de los sistemas de salud, en lugar de considerarlos actores con un interés vital en los resultados de la pandemia y con derecho a ocupar un lugar en la mesa de toma de decisiones.

Acometer un cambio de paradigma hacia un sistema resiliente, equitativo e inclusivo para fortalecer la preparación y la respuesta frente a pandemias es **un ejercicio inevitablemente político**, pues exige poner en primer plano el respeto a los derechos humanos y la promoción de la igualdad. La salud y el bienestar requieren que se aborde el carácter intersectorial de las desventajas y la exclusión social.

EL GRUPO RECOMIENDA

- I. *Velar por que **las instituciones de salud pública nacionales y subnacionales** dispongan de **capacidades multidisciplinares** y un alcance multisectorial y de que **cuenten con la implicación del sector privado y de la sociedad civil**. **El proceso de toma de decisiones de base empírica** deberá contar con la colaboración de la sociedad en su conjunto.*
- II. *Que los Jefes de Estado y de Gobierno designen **coordinadores nacionales en materia de pandemias** que rindan cuentas a los niveles más altos de gobierno y tengan a su cargo la coordinación de todas las estructuras del Gobierno para la preparación y la respuesta.*
- III. *Llevar a cabo **ejercicios multisectoriales de simulación activa con carácter anual** para garantizar la evaluación continua de los riesgos y las medidas de seguimiento para mitigarlos, estimular el intercambio de conocimientos en cada país y la rendición de cuentas, y establecer mecanismos de evaluación independientes, imparciales y periódicos.*

- IV. **Fortalecer la participación de las comunidades locales como actores clave en la preparación y respuesta ante pandemias, y como promotores activos del conocimiento sobre pandemias, mediante la capacidad de las personas para reconocer, comprender, analizar e interpretar una pandemia y comunicar información al respecto.**
- V. **Elevar el umbral de las inversiones en salud y protección social a nivel nacional para construir sistemas resilientes de salud y protección social, apoyados en servicios de salud primaria y comunitaria de alta calidad, cobertura sanitaria universal y un personal sanitario robusto y bien equipado, entre los que figuren trabajadores de la salud comunitarios.**
- VI. **Invertir y coordinar las políticas y estrategias de comunicación de riesgos garantizando que se apliquen de forma oportuna, transparente y con la debida rendición de cuentas, y trabajar con las comunidades marginadas, incluidas las que sufren exclusión digital, para crear conjuntamente con ellas planes encaminados a promover una salud y bienestar duraderos, y generar confianza a largo plazo.**

Actuaciones que emprendidas conjuntamente transformarán el sistema internacional de preparación y respuesta ante pandemias

La transformación del sistema internacional de preparación y respuesta ante pandemias que recomienda el Grupo fracasará si no se acomete a fondo. Las recomendaciones de cambio formuladas tras anteriores pandemias nos han enseñado que el cambio sólo es posible si se adoptan y ponen en marcha medidas interrelacionadas e interdependientes. Del mismo modo que la preparación ante pandemias en sí misma fracasará si se rompe el eslabón más débil de la cadena, las recomendaciones de cambio fracasarán si los problemas más difíciles se dejan de lado.

El Grupo ha evaluado el conjunto de recomendaciones que ha propuesto en función de un solo criterio: si hubiesen estado en vigor, ¿hubieran detenido la pandemia de COVID-19? Creemos que la respuesta es que sí y, por ello, instamos a que se apliquen en su conjunto de forma oportuna.

Las recomendaciones del Grupo tienen por objeto equipar a los países y al sistema internacional para evitar que un brote se convierta en una pandemia y que, si ésta se produce, sea posible evitar que se transforme en una crisis socioeconómica y de salud mundial.

6. Una hoja de ruta para el futuro

EL Grupo ha formulado una serie de recomendaciones audaces, ponderadas y pragmáticas. Hay demasiado en juego como para ignorarlas o posponerlas. Merecen ser debatidas y, aunque pueden ser cuestionadas, no deben aplazarse hasta un momento “mejor” o más conveniente. Sería beneficioso para cualquier líder actuar ahora. Confiamos haber llevado a cabo correctamente la tarea que se nos encomendó. El Grupo ha realizado su trabajo de forma independiente e imparcial. Hemos dejado claro que nos hemos centrado en los datos, los hechos y la ciencia, lo que ha sido la base de nuestras recomendaciones.

Las estanterías de los archivos de las Naciones Unidas y de los Estados Miembros están repletas de informes de exámenes y evaluaciones anteriores que hubiesen podido mitigar la crisis social y económica mundial en la que nos encontramos. Se han ignorado durante mucho tiempo. Esta vez tiene que ser diferente. Las conclusiones del Grupo son enseñanzas que hay que aprender y sus recomendaciones, un estímulo para la acción.

La fase de ejecución tiene que comenzar ahora y ayudará a allanar los diversos caminos hacia la recuperación que se han trazado en todo el mundo. La pandemia aún no ha terminado, y sus efectos sociales y económicos seguirán presentes durante años.

Esta pandemia nos ha demostrado que no se trata sólo de una crisis sanitaria que requiere soluciones médicas: su impacto ha trascendido con creces al sector de la salud y, por lo tanto, requiere la adopción de decisiones políticas que impliquen a todo el gobierno y a la sociedad en su conjunto, así como la realización de inversiones.

En las próximas semanas y meses serán necesarias actuaciones concertadas por diversos actores en una serie de contextos:

- *Los **gobiernos nacionales, asumiendo su responsabilidad a nivel nacional, así como regional y mundial, rindiendo cuentas y exigiendo que otros también lo hagan;***
- *La **Asamblea Mundial de la Salud como responsable de la gobernanza de la OMS;***
- *Los **Jefes de Estado y de Gobierno en una cumbre mundial, como se ha recomendado;***
- *Los **organismos políticos regionales, desde su proximidad a los Estados Miembros, brindándoles la gran oportunidad de tomar decisiones rápidas e intercambiar información, logros y fracasos, sobre la base de un contexto regional común y una historia de trabajo conjunto;***
- *Otras **estructuras, como el G7, el G20 y el G77, y las instituciones de Bretton Woods, como catalizadores de medidas políticas y financieras, y ejecutores de las soluciones y recomendaciones definidas.***

Calendario de intervención inmediata

Quién debe hacer qué y cuándo

Actuación	Actor principal	Cuándo
Aplicar medidas de salud pública de carácter no farmacéutico de forma sistemática y rigurosa en todos los países en la proporción que lo requiera su situación epidemiológica. Todos los países deben contar con una estrategia explícita para detener la transmisión de la COVID-19, acordada al más alto nivel de gobierno.	Gobiernos nacionales	De inmediato
Los países de ingresos altos que tienen asegurado un suministro de dosis vacunales suficiente para dar cobertura a su población deben, además de seguir aumentando el número de personas vacunadas, comprometerse a proporcionar a los 92 países de ingresos bajos y medianos del Compromiso Anticipado de Mercado del COVAX, coordinado por Gavi, al menos 1000 millones de dosis antes del 1 de septiembre de 2021 y más de 2000 millones de dosis para mediados de 2022, que serán entregadas a través del COVAX y otros mecanismos de coordinación.	Gobiernos nacionales	De inmediato <i>(y no más tarde del 1 de septiembre de 2021)</i>
Los países del G7 deberán comprometerse a aportar el 60% de los US\$ 19 000 millones que necesita el Acelerador ACT en 2021 para vacunas, pruebas diagnósticas, tratamientos y el fortalecimiento de los sistemas de salud. El 40% restante deberá proceder de otros países del G20 y de otros países de ingresos altos. Deberá adoptarse una fórmula basada en la capacidad de pago para asegurar una financiación predecible, sostenible y equitativa de esos bienes públicos mundiales a largo plazo.	G7, G20 y los gobiernos nacionales de países de ingresos altos, fundaciones	De inmediato
La OIT y la OMS convocarán a los principales países y empresas productores de vacunas para instarles a dar su consentimiento a la cesión voluntaria de licencias y a la firma de acuerdos de transferencia de tecnología en relación con las vacunas contra la COVID-19 (incluida la Mancomunidad de Patentes de Medicamentos (MPP)). De no producirse ningún avance en un periodo de tres meses, debería entrar en vigor de inmediato una suspensión de los derechos de propiedad intelectual previstos en el Acuerdo sobre los ADPIC.	OIT, OMS y países y empresas fabricantes de vacunas	De inmediato
La producción y el acceso a pruebas de detección y tratamientos contra la COVID-19, incluido el oxígeno, se han intensificado notablemente en los países de ingresos bajos y medianos gracias a una inyección de US\$ 1700 millones destinada a atender sus necesidades para 2021 y la plena utilización de los US\$ 3.700 procedentes de la segunda fase del Mecanismo de Respuesta a la COVID-19 del Fondo Mundial destinados a la compra de pruebas, la modernización de laboratorios y la ejecución de tareas de seguimiento y realización de pruebas.	Países y empresas fabricantes de pruebas y de tratamientos / Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM)	De inmediato
La OMS deberá desarrollar, con carácter inmediato, una hoja de ruta para el corto plazo y, en un periodo de tres meses, una serie de escenarios para la respuesta a medio y largo plazo frente a la COVID-19, con objetivos, metas e hitos claros que ayuden a guiar y supervisar la implantación de iniciativas a nivel nacional e internacional para poner fin a la pandemia de COVID-19.	OMS	De inmediato

RECOMENDACIONES PARA CONSTRUIR EL FUTURO - *Quién debe hacer qué y cuándo*

1. <i>Elevar el perfil político de la salud mundial al máximo nivel para garantizar un liderazgo, una financiación y una rendición de cuentas adecuados</i>	Actor principal	Cuándo
<p>Establecer un consejo mundial sobre amenazas para la salud. La composición del comité deberá estar aprobada por una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas (véanse <i>infra</i> las recomendaciones para la celebración de un periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General). El consejo deberá estar dirigido por los Jefes de Estado y de Gobierno y entre sus miembros deberán figurar actores estatales y no estatales relevantes que garanticen una representación regional, de género y generacional equitativa. Las funciones del consejo serán las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>mantener el compromiso político con la preparación ante pandemias entre emergencias y la respuesta durante una emergencia;</i> • <i>garantizar la máxima complementariedad, cooperación y acción conjunta a todos los niveles del sistema internacional;</i> • <i>seguir de cerca los progresos realizados en la consecución de los objetivos y las metas establecidos por la OMS, así como en relación con las posibles nuevas evidencias científicas y los marcos jurídicos internacionales, e informar periódicamente a la Asamblea General de las Naciones Unidas y la Asamblea Mundial de la Salud;</i> • <i>orientar la asignación de recursos según la nueva modalidad de financiación propuesta con arreglo a una fórmula basada en la capacidad de pago;</i> • <i>hacer que los actores rindan cuentas, entre otras cosas, mediante el reconocimiento o el examen entre homólogos y la publicación de informes analíticos de situación.</i> 	<p>Asamblea General de la ONU</p>	<p>Septiembre de 2021 (Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General)</p>
<p>Adoptar un convenio marco sobre pandemias en los próximos 6 meses que complemente al RSI, haciendo uso de las facultades previstas en el artículo 19 de la Constitución de la OMS, bajo los auspicios de esta y con la participación directa de las más altas esferas de gobierno, expertos científicos y la sociedad civil.</p>	<p>OMS / gobiernos nacionales</p>	<p>En los próximos 6 meses</p>
<p>Adopción de una declaración política por los Jefes de Estado y de Gobierno en una cumbre mundial bajo los auspicios de la Asamblea General de las Naciones Unidas reunida en un periodo extraordinario de sesiones convocado a tal efecto, con el compromiso de transformar la preparación y respuesta ante pandemias de los países de conformidad con las recomendaciones formuladas en este informe.</p>	<p>Asamblea General de las Naciones Unidas</p>	<p>Septiembre de 2021 (Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General)</p>

2. Centrar y fortalecer la autoridad y la financiación de la OMS	Actor principal	Cuándo
<i>Establecer la independencia financiera de la OMS sobre la base de aportaciones de recursos no asignados a fines específicos, incrementar las cuotas de los Estados Miembros a 2/3 del presupuesto del Programa Básico de la OMS, e implantar un proceso organizado de reposición de fondos para el resto del presupuesto.</i>	Decisión de la Asamblea Mundial de la Salud	Mayo de 2022
<i>Fortalecer la autoridad y la independencia del Director General introduciendo, entre otras medidas, un único mandato de siete años sin posibilidad de reelección. La misma norma deberá aplicarse en relación con los directores regionales.</i>	Decisión de la Asamblea Mundial de la Salud	Mayo de 2022
<i>Fortalecer la capacidad de gobierno del Consejo Ejecutivo mediante la creación de un comité permanente para emergencias, entre otras medidas.</i>	Decisión de la Asamblea Mundial de la Salud	Mayo de 2022
<i>Centrar el mandato de la OMS en la elaboración de orientaciones normativas, políticas y técnicas destinadas, entre otras cosas, a ayudar a los países a crear capacidad de preparación y respuesta ante pandemias y a construir sistemas de salud resilientes y equitativos.</i>	Decisión de la Asamblea Mundial de la Salud	Mayo de 2022
<i>Facultar a la OMS para que asuma una función rectora, de convocatoria y de coordinación en lo que respecta a los aspectos operacionales de la respuesta de emergencia a una pandemia, sin que deba asumir, en la mayoría de los casos, responsabilidad alguna en materia de compras y suministros, asegurándose de que ello se produzca sin menoscabo de las demás funciones esenciales de la OMS, como la prestación de asesoramiento y apoyo técnico en contextos operacionales.</i>	Decisión de la Asamblea Mundial de la Salud	Mayo de 2022
<i>Dotar y equipar a las oficinas de la OMS en los distintos países de los medios que les permitan dar suficiente respuesta a los pedidos que les formulen los gobiernos nacionales para mejorar su preparación y respuesta ante pandemias, incluidos las solicitudes de colaboración para la construcción de sistemas de salud adaptables, la implantación de la cobertura sanitaria universal y la mejora de la salud pública.</i>	Secretaría de la OMS	De inmediato
<i>Priorizar la calidad y el desempeño del personal a todos los niveles de la OMS y despolitizar las contrataciones (especialmente del personal directivo), siguiendo criterios basados en el mérito y la posesión de las competencias necesarias.</i>	Secretaría de la OMS	A corto plazo
3. Invertir ahora en la preparación para la creación de sistemas plenamente funcionales a nivel nacional, regional y mundial	Actor principal	Cuándo
La OMS deberá establecer nuevos objetivos e indicadores que permitan medir con facilidad la preparación y respuesta ante pandemias de los distintos países.	OMS / gobiernos nacionales	3T-4T de 2021
Todos los gobiernos nacionales deberán actualizar sus planes nacionales de preparación basándose en los objetivos e indicadores establecidos por la OMS en un periodo de seis meses, garantizando la máxima implicación de todas las estructuras del gobierno y la coordinación de toda la sociedad, así como la disponibilidad de personal con cualificación apropiada y pertinente, sistemas logísticos y financiación para hacer frente a futuras crisis sanitarias.	Gobiernos nacionales	En los próximos 6 meses
La OMS deberá formalizar, a nivel universal, la realización periódica de exámenes por homólogos del nivel de preparación y de la capacidad de	OMS / gobiernos nacionales	4T de 2021

<p>respuesta ante pandemias de los distintos países, basándose en los objetivos establecidos por la OMS, como forma de hacer que los países rindan cuentas de sus iniciativas y aprendan los unos de los otros.</p>		
<p>De conformidad con el artículo IV de su Convenio Constitutivo, el FMI debe incluir en sus consultas habituales con los países miembros una evaluación del nivel de preparación ante pandemias de cada uno de ellos, incluido un análisis de los planes de respuesta contemplados en sus políticas económicas. El FMI deberá considerar las evaluaciones de políticas de salud pública llevadas a cabo por otros organismos. Asimismo, los estados miembros deberán implantar programas de evaluación del grado de preparación ante pandemias quinquenales, del mismo modo que el FMI y el Banco Mundial llevan a cabo conjuntamente sus programas de evaluación del sector financiero.</p>	<p>Fondo Monetario Internacional (FMI)</p>	<p>3T y 4T de 2021</p>
<p>4. Establecer un nuevo y ágil sistema de vigilancia, validación y alerta</p>	<p>Actor principal</p>	<p>Cuándo</p>
<p>La OMS deberá establecer un nuevo sistema de vigilancia mundial basado en la total transparencia de las partes, empleando herramientas digitales de última generación para conectar centros de información de todo el mundo y llevar a cabo tareas de vigilancia de la salud ambiental y animal, con la debida salvaguarda de los derechos individuales.</p>	<p>Secretaría de la OMS</p>	<p>4T 2021</p>
<p>La Asamblea Mundial de la Salud deberá conceder explícitamente a la OMS la potestad de publicar información sobre brotes con potencial pandémico de forma inmediata sin necesidad de solicitar autorización previa a los gobiernos nacionales.</p>	<p>Decisión de la Asamblea Mundial de la Salud</p>	<p>Mayo de 2021</p>
<p>La Asamblea Mundial de la Salud deberá facultar a la OMS para investigar patógenos con potencial pandémico en todos los países pudiendo, con breve preaviso, acceder a los lugares pertinentes, obtener las muestras necesarias, y tramitar visados de múltiples entradas para que epidemiólogos de distintas partes del mundo puedan desplazarse a los sitios donde se hayan producido brotes epidémicos.</p>	<p>Decisión de la Asamblea Mundial de la Salud</p>	<p>Mayo de 2021</p>
<p>Las futuras declaraciones de ESPII por el Director General de la OMS deberán, en su caso, estar fundamentadas en el principio de precaución, tal y como sucede con las infecciones respiratorias. Las declaraciones de ESPII deberán estar fundamentadas en criterios claros, objetivos y fehacientes. El Comité de Emergencias que asesora al Director General de la OMS debe ser totalmente transparente en lo relativo a su composición y métodos de trabajo. El mismo día que se declare una ESPII, la OMS deberá proporcionar a los países directrices claras de qué actuaciones deben llevarse a cabo y por quién para contener la amenaza contra la salud pública.</p>	<p>Decisión de la Asamblea Mundial de la Salud</p>	<p>Mayo de 2022</p>
<p>5. Establecer una plataforma previamente negociada de herramientas y suministros</p>	<p>Actor principal</p>	<p>Cuándo</p>
<p>Transformar el Acelerador ACT tal y como existe en la actualidad en una plataforma integral de carácter verdaderamente mundial que abarque vacunas, pruebas diagnósticas, tratamientos y suministros esenciales, pasando de un modelo en el que las innovaciones se dejan al arbitrio del mercado a otro cuya finalidad es la generación de bienes públicos mundiales. La responsabilidad de esta tarea deberá recaer en representantes de países de todos los niveles de ingresos y de todas las regiones, la sociedad civil y el sector privado. La I+D y demás procesos relevantes deberán estar siempre</p>	<p>Gobiernos nacionales/Estados Miembros</p>	<p>A medio plazo</p>

guiados por un objetivo y una estrategia que persigan un acceso equitativo y efectivo.		
La garantía de la transferencia de tecnología y el compromiso con la cesión voluntaria de licencias se recogen en todos los acuerdos relativos a la inversión de fondos públicos en investigación y desarrollo.	Gobiernos nacionales	A medio plazo
<p>Establecer sólidas capacidades de financiación en las distintas regiones para garantizar la producción, regulación y adquisición de herramientas que permitan un acceso equitativo y efectivo a vacunas, tratamientos, pruebas diagnósticas y suministros esenciales, y ensayos clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>basadas en planes desarrollados conjuntamente por la OMS, instituciones regionales y el sector privado;</i> b) <i>con compromisos y procesos encaminados a la transferencia de tecnología, incluidas las transferencias destinadas a los grandes centros de fabricación de cada región, así como las realizadas entre ellos;</i> c) <i>con el respaldo financiero de instituciones financieras internacionales, los bancos de desarrollo regionales y otras organizaciones financieras públicas y privadas.</i> 	Gobiernos nacionales / OMS / instituciones regionales / sector privado	A medio plazo
6. Recaudar nuevos fondos internacionales para adquirir los bienes públicos mundiales para una adecuada preparación y capacidad de respuesta ante pandemias	Actor principal	Cuándo
<p>Crear un mecanismo de financiación internacional para pandemias con el fin de recaudar fondos adicionales y estables para la preparación ante pandemias de los países y para disponer rápidamente de un fondo de emergencia en caso de pandemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>El mecanismo de financiación debe ser capaz de movilizar aportaciones a largo plazo (10 a 15 años) por valor de US\$ 5000 millones a US\$ 10.000 millones al año para financiar actividades de preparación. Podrá desembolsar hasta un máximo de entre 50 000 y 100.000 millones de dólares estadounidenses con breve preaviso, pudiendo adelantar cantidades cuyo desembolso esté previsto para el futuro en caso de declaración de una pandemia. Estos recursos deberían cubrir la financiación de bienes públicos mundiales a nivel nacional, regional e internacional, asegurando una adecuada preparación y capacidad de respuesta frente a pandemias.</i> <p>Debe introducirse una fórmula basada en la capacidad de pago de cada país según la cual las economías más ricas y de mayor tamaño aportarían más fondos, preferiblemente no procedentes de partidas presupuestarias relacionadas con la AOD. Es decir, se trataría de fondos adicionales a los destinados a la AOD en los presupuestos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Corresponderá al Consejo sobre Amenazas a la Salud Mundial la tarea de asignar y fiscalizar los fondos que, procedentes de este instrumento, se destinen a instituciones existentes para aumentar el nivel de preparación y capacidad de respuesta ante pandemias.</i> ○ <i>Los fondos dedicados a la preparación podrían asignarse con carácter previo según función e institución. La inyección de fondos de refuerzo para mejorar la capacidad de respuesta en caso de una</i> 	El G20 y sus Estados Miembros	Antes de final de año

<p>nueva declaración de pandemia debería estar determinada por planes de respuesta previamente acordados para las situaciones más probables, aunque deberá permitirse cierta flexibilidad para realizar ajustes en caso de una amenaza concreta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La Secretaría encargada de la línea de financiación deberá tener una estructura muy austera y se esforzará por trabajar con los organismos mundiales y regionales ya existentes, y a través de ellos. 		
<p>7. Establecer medidas de coordinación efectivas para mejorar el nivel de preparación y la capacidad de respuesta ante pandemias en función de las lecciones aprendidas y las buenas prácticas</p>	<p>Actor principal</p>	<p>Cuándo</p>
<p>Asegurarse de que las instituciones de salud pública nacionales y subnacionales dispongan de capacidades multidisciplinares y un alcance multisectorial, y de que cuenten con la implicación del sector privado y la sociedad civil. El proceso de toma de decisiones de base empírica deberá contar con la colaboración de todos los ámbitos de la sociedad.</p>	<p>Gobiernos nacionales</p>	<p>A medio plazo</p>
<p>Los jefes de estado y de gobierno deberán designar coordinadores nacionales de pandemias, que estarán bajo los órdenes de los más altos dirigentes del gobierno y tendrán a su cargo la coordinación de todas las estructuras gubernamentales para optimizar la preparación y la capacidad de respuesta.</p>	<p>Gobiernos nacionales</p>	<p>A corto plazo</p>
<p>Llevar a cabo cada año ejercicios multisectoriales de simulación activa para asegurar un continuo proceso de evaluación de riesgos, así como acciones de seguimiento para mitigar riesgos, estimular el intercambio de conocimientos dentro de cada país y la rendición de cuentas; también se deberá establecer mecanismos de evaluación independientes, imparciales y sistemáticos.</p>	<p>Gobiernos nacionales</p>	<p>A medio plazo</p>
<p>Fortalecer la implicación de las comunidades locales como actores clave de la preparación y capacidad de respuesta ante pandemias y como promotores activos del conocimiento sobre pandemias, desarrollando la capacidad de las personas para identificar, comprender, analizar, interpretar y comunicar pandemias.</p>	<p>Gobiernos nacionales</p>	<p>A medio plazo</p>
<p>Incrementar el nivel de las inversiones en salud y protección social para construir sistemas adaptables de salud y protección social, apoyados en unos servicios de salud primaria y comunitaria de alta calidad, una cobertura sanitaria universal, y unos equipos humanos sólidos que cuenten con todos los medios necesarios, entre los que figuren trabajadores comunitarios de la salud.</p>	<p>Gobiernos nacionales</p>	<p>A medio plazo</p>
<p>Invertir y coordinar las políticas y estrategias de comunicación de riesgos, garantizando que se apliquen de forma oportuna, transparente y responsable, y trabajar con las comunidades marginadas, incluidas las que sufren exclusión digital, para generar confianza y promover su capacidad de adaptación y crear conjuntamente con ellas planes encaminados a promover la salud y el bienestar a largo plazo y generar confianza a largo plazo.</p>	<p>Gobiernos nacionales</p>	<p>A corto plazo</p>



El Consejo Mundial sobre Amenazas para la Salud

Mandato

Objeto:

El cometido del Consejo Mundial sobre Amenazas para la Salud (el Consejo) consistirá en asegurarse de mantener a largo plazo un liderazgo político de alto nivel y de que se preste la debida atención a la prevención, preparación y respuesta a las pandemias al servicio de la visión de *un mundo sin pandemias*. El Consejo será una voz autorizada, integradora y legítima, capaz de utilizar mecanismos de rendición de cuentas y facilitar el acceso a la financiación para garantizar la preparación y respuesta a nivel nacional, regional y mundial.

Antecedentes:

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la insuficiencia de liderazgo político a alto nivel, de implicación de los sectores sanitario, social y económico, y de consenso entre los gobiernos. Ello ha desembocado en una incapacidad para establecer orientaciones estratégicas coherentes a nivel mundial en lo relativo a la respuesta a la pandemia, así como para vincular dichas orientaciones con la labor de las organizaciones internacionales y las instituciones regionales. El sector privado y la sociedad civil tampoco han sido capaces de contribuir a establecer una dirección estratégica de forma eficaz.

La evolución orgánica del sistema internacional de salud a lo largo de las últimas décadas para abordar problemas de salud específicos ha conseguido importantes avances en algunos ámbitos aislados, pero también ha creado ineficiencias derivadas de la falta de claridad en la asignación de funciones y responsabilidades y de la incapacidad de aprovechar con eficiencia las ventajas comparativas de los distintos actores.

Una importante conclusión a la que ha llegado el Grupo es que la rendición de cuentas en lo relativo a la preparación y respuesta frente a pandemias ha estado ausente de todo el sistema. Los gobiernos nacionales son los principales responsables de la respuesta ante pandemias y la falta de rendición de cuentas se ha visto acompañada por una incapacidad de aprender de los errores cometidos y de aprovechar la posibilidad de aprender de otros países.

EL Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias considera que es necesario que los dirigentes políticos al más alto nivel impulsen una transformación del sistema internacional de preparación y respuesta frente a las pandemias.

El compromiso de los Jefes de Estado y de Gobierno con la transformación del sistema internacional de preparación y respuesta ante pandemias debe ir acompañado de un compromiso con una puesta en marcha firme y efectiva a nivel nacional, regional y mundial. Ello debe llevarse a cabo en el marco de la aplicación continuada y mejorada de la Agenda 2030 y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El sistema internacional es la suma de las actuaciones nacionales y el tejido que conecta las iniciativas de aprendizaje regionales y mundiales, la cooperación y el apoyo necesarios para corregir las deficiencias que puedan existir. La confianza en la determinación colectiva de

avanzar hacia un mundo más seguro y saludable es la fuerza que será capaz de derrotar la amenaza que suponen las pandemias para el futuro de la humanidad.

Funciones:

- Elevar y mantener a largo plazo el compromiso político con la prevención, preparación y respuesta ante pandemias al servicio de la visión de un mundo sin pandemias.
- Seguir de cerca los progresos realizados en la consecución de los objetivos y metas establecidos por la OMS, así como en relación con posibles nuevos datos científicos y marcos jurídicos internacionales.
- Llamar la atención de todo el planeta sobre las deficiencias en la preparación y respuesta frente a pandemias mediante actividades de promoción de alto nivel y la presentación de informes ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo del FMI.
- Contribuir a la movilización de fondos y supervisar la asignación de recursos por el mecanismo de financiación internacional para pandemias.
- Hacer que los distintos actores rindan cuentas, entre otras cosas, mediante el reconocimiento entre homólogos y la presión ejercida por estos, y la publicación de informes analíticos de situación.

Establecimiento:

- El Consejo se constituirá como un órgano independiente mediante una declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas durante su periodo extraordinario de sesiones sobre la pandemia de COVID-19. La negociación de la declaración estará facilitada por dos Estados Miembros.
- La Asamblea General de las Naciones Unidas, mediante una resolución a tal efecto, nombrará dos copresidentes para el Consejo, y se pedirá al G20 que proponga un tercer copresidente.
- Los tres copresidentes propondrán candidaturas para la designación de los restantes miembros del Consejo, de conformidad con el presente mandato, que deberán recibir la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Composición:

El Consejo estará integrado por 18 miembros y 3 copresidentes, y tendrá la siguiente composición:

[Copresidentes, al menos uno de ellos de sexo femenino]:

- 1) 1º candidato de la Asamblea General de las Naciones Unidas
- 2) 2º candidato de la Asamblea General de las Naciones Unidas
- 3) Candidato del G20

[Miembros]:

- 4) Dos representantes de Asia y el Pacífico
- 5) Dos representantes de Europa Occidental y de otras regiones (incluida América del Norte (Estados Unidos y el Canadá))
- 6) Dos representantes de África
- 7) Dos representantes de Europa Oriental
- 8) Dos representantes de América Latina y el Caribe
- 9) Tres representantes de la sociedad civil
- 10) Tres representantes del sector privado
- 11) Dos ciudadanos o expertos prominentes de prestigio mundial

Duración:

El mandato de cada miembro será inicialmente de tres años, con flexibilidad para la terminación anticipado o la renovación por un segundo mandato de tres años, previa conformidad de los copresidentes. Para garantizar la continuidad del trabajo del Grupo y asegurar que no se produzca en ningún momento una renovación simultánea de todos los miembros, el mandato de los miembros que no sean miembros natos del Comité se escalonará de forma que a la mitad de los miembros se les ofrecerá un mandato inicial de dos años y a la otra mitad un mandato inicial de tres años. Si un Jefe de Estado o ministro que sea miembro del Consejo cesa en sus funciones durante su mandato, se creará una vacante que será cubierta por otro representante gubernamental, si bien no necesariamente del mismo país.

Criterios de selección:

- Los miembros del Consejo deberán ser Jefes de Estado o de Gobierno u ostentar un rango equivalente. Pueden ser presidentes de entidades políticas regionales.
- Los representantes del sector privado y de la sociedad civil deberán ocupar cargos directivos en sus organizaciones, tener una destacada proyección pública y contar con experiencia de trabajo en cuestiones pertinentes.
- Será prioritario garantizar un equilibrio de género y de edad al seleccionar a los miembros del Consejo gubernamentales y no gubernamentales.

Relaciones:

El Consejo interactuará con los principales actores del sistema internacional en materia de preparación y respuesta frente a pandemias, en particular, la Organización Mundial de la Salud, las Naciones Unidas, las instituciones financieras internacionales (incluidos los bancos regionales de desarrollo), la sociedad civil y el sector privado.

El Secretario General de las Naciones Unidas, el Director General de la OMS, la Directora Ejecutiva del FMI y el Presidente del Grupo del Banco Mundial estarán entre los principales líderes estratégicos con los que interactuará el Consejo.

Método de trabajo:

- El Consejo se reunirá con periodicidad mensual durante la actual pandemia y tendrá la potestad de convocar reuniones extraordinarias o para temas específicos, según sea necesario.
- Cuando sea viable, el Consejo se centrará en garantizar la continuidad de su labor reduciendo la periodicidad de sus propias reuniones y con reuniones periódicas de los suplentes, según lo determine el Consejo.
- En épocas en las que no haya crisis, el Consejo se centrará en cuestiones relativas a la preparación ante pandemias y el seguimiento de los progresos realizados.
- El Consejo se esforzará por promover una interacción integradora con múltiples actores, incluidos los Estados Miembros, los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones internacionales e intergubernamentales, la sociedad civil, el sector privado, investigadores y otros actores relevantes.
- Se utilizará un enfoque de base empírica fundamentado en los datos y el trabajo analítico realizado por la OMS y otras organizaciones internacionales pertinentes. El Consejo aprovechará las conclusiones del examen periódico universal entre homólogos.
- El Consejo colaborará con el Secretario General de las Naciones Unidas en la convocatoria de una reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas con periodicidad anual para examinar los avances conseguidos a nivel mundial.
- El Consejo contará con el apoyo de una austera secretaría independiente con sede en Ginebra, que podrá solicitar asesoramiento técnico a la OMS, las Naciones Unidas o las instituciones financieras internacionales si fuera necesario.

7. Acerca del Grupo y su labor

El Grupo independiente ha trabajado de forma continuada para cumplir con su visión de que se confié en él como órgano independiente, de base empírica, imparcial, respetuoso y diverso al que el mundo pueda recurrir para formular recomendaciones audaces que ayuden a salvaguardar la salud de las personas, así como su bienestar económico y social.

La misión del Grupo ha sido trazar un camino hacia el futuro basado en la experiencia acumulada, aprovechando las enseñanzas del presente y del pasado para garantizar que los países y los organismos internacionales, entre ellos la OMS, sean capaces de prevenir que un brote se convierta en una pandemia; y, en caso de producirse una pandemia, evitar que se convierta en una crisis sanitaria y socioeconómica de escala mundial.

El Grupo fue constituido por el Director General de la OMS en respuesta a la resolución WHA73.1 de la Asamblea Mundial de la Salud.

Las Copresidentas del Grupo, la Excelentísima Sra. Ellen Johnson Sirleaf, ex-Presidenta de Liberia y ganadora del premio Nobel, y la Muy Honorable Sra. Helen Clark, ex-Primera Ministra de Nueva Zelandia, fueron designadas por el Director General. A continuación, las Copresidentas recibieron el mandato de elegir a los miembros del Grupo, definir sus atribuciones y seleccionar al personal necesario para conformar una Secretaría independiente. Las Copresidentas anunciaron que el Grupo había quedado completamente conformado el 3 de septiembre de 2020.

El Grupo está integrado por personas con la experiencia y la pericia necesarias para centrarse en las pandemias, la salud y los impactos más generales de la COVID-19. Poseen una combinación de habilidades y conocimientos que abarca un amplio abanico de materias como las enfermedades infecciosas, las políticas y la financiación de la salud a nivel nacional e internacional, la administración pública, los brotes epidémicos y las emergencias, la economía, la concienciación de los jóvenes y el bienestar de las mujeres y las niñas. Los miembros del grupo también intercambian conocimientos sobre el sistema internacional, incluida la OMS, y otros procesos internacionales pertinentes.

Al Grupo se le encomendó examinar la propagación de la pandemia de COVID-19 y las actuaciones y respuestas para hacerle frente, recopilar hechos, seleccionar las enseñanzas más importantes y formular recomendaciones de base empírica para garantizar que los países y las instituciones internacionales, incluida la OMS, puedan hacer frente a las amenazas sanitarias con mayor efectividad.

El Grupo ha adoptado un enfoque sistemático, riguroso e integrado para realizar su labor y ha puesto el acento en escuchar a otras personas y aprender de ellas. Desde mediados de septiembre, el Grupo ha llevado a cabo numerosas revisiones bibliográficas además de estudios de investigación propios, ha aprendido de docenas de expertos en mesas redondas y entrevistas en profundidad, ha escuchado el testimonio directo de las personas que trabajaban en primera línea de la lucha contra la pandemia en reuniones tipo coloquio, y ha invitado a cualquier persona que lo deseara a realizar su aportación. El Grupo se ha beneficiado de las interacciones con la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación, el Comité de Examen del RSI, y el Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión. El Grupo ha celebrado seis reuniones formales, y se ha reunido varias veces en subgrupos para comentar cuestiones específicas.

El Grupo Independiente ha valorado la franqueza y transparencia que ha caracterizado a todo el proceso, publicando resúmenes de noticias e informes sobre las sesiones poco tiempo después de su celebración. La Secretaría ha funcionado sobre la base de una política de puertas abiertas,

haciendo gala de una permanente disposición a escuchar a cualquier persona que quisiera dirigirse a ella.

En su segunda reunión, celebrada los días 20 y 21 de octubre de 2020, el Grupo definió un **Programa de Trabajo** integrado por cuatro temas interconectados: aprovechar lo vivido en el pasado aprendiendo de epidemias y pandemias anteriores, en particular examinando, entre otras cosas, la medida en la que se han aplicado las recomendaciones y enseñanzas surgidas a raíz de dichas epidemias y pandemias; examinar la situación actual, investigando por qué y cómo la COVID-19 se convirtió en una pandemia mundial y elaborando, entre otros cometidos, una cronología basada en fuentes autorizadas de los hechos y actuaciones llevados a cabo por los distintos países y actores regionales e internacionales; comprender el impacto de la COVID-19 en la salud de las personas y en los sistemas de salud, incluidos el papel de la comunicación y de la capacidad de adaptación de la comunidad y el significativo impacto socioeconómico sufrido; e identificar deficiencias en el sistema internacional y recomendar cambios para el futuro.

El Programa de Trabajo proponía una serie de cuestiones concretas que deben examinarse, que el Grupo ha analizado a través de:

- **exámenes documentales** de temas seleccionados, utilizados para elaborar informes de fondo del Grupo;
- **entrevistas en profundidad semiestructuradas** con los principales actores de los gobiernos nacionales, el mundo académico, los organismos internacionales, incluida la OMS, la sociedad civil, los trabajadores de la salud y los expertos en la materia;
- *solicitudes de información a la OMS a través de un repositorio establecido por el Grupo;*
- **mesas redondas con expertos** que permitían al Grupo escuchar a un amplio abanico de especialistas con conocimientos y experiencias en distintos aspectos del Programa de Trabajo, y aprender de ellos. Entre los temas **cabe destacar**:
 1. **Un futuro sistema internacional**
 2. **Financiación de la OMS**
 3. **Suministros esenciales**
 4. **De la ciencia a las políticas**
 5. **Acceso a las vacunas**
 6. **Impacto socioeconómico – dimensiones regionales**
 7. **Impacto socioeconómico – perspectivas mundiales**
 8. **Mesa redonda del sector privado**
 9. **Respuestas nacionales**
 10. **Tratamientos y pruebas diagnósticas**
 11. **Movilización de las distintas generaciones para impulsar reformas en los sistemas sociales y de salud**
 12. **Derechos humanos**
 13. **Comunicación y participación de la comunidad**

14. Apoyar y fortalecer a las ciudades durante una pandemia: mesa redonda con alcaldes

15. Soluciones digitales

- *estudios sobre temas importantes para cada una de las secciones, encomendados por el Grupo;*
- *una convocatoria pública de aportaciones: se invitó a los Estados Miembros, las instituciones académicas, la sociedad civil y los trabajadores de la primera línea a compartir sus experiencias e ideas a través del sitio web del Grupo, tanto en relación con el Programa de Trabajo como con la cronología; en el momento de la publicación del presente informe se habían presentado más de 90 aportaciones;*
- *seminarios web de intercambio de opiniones en los que se invitó a grupos concretos y a especialistas a entablar un diálogo con los miembros del Grupo acerca de sus experiencias, enseñanzas aprendidas e ideas para el futuro; estos seminarios han atraído a cientos de participantes de todo el mundo, incluidos oradores de zonas remotas; puede accederse a las grabaciones y los informes de estas reuniones a través del sitio web del Grupo:*
 1. *Aprender del personal de enfermería que trabaja en la primera línea de lucha contra la COVID-19*
 2. *COVID-19: prestación de servicios de asesoramiento en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos en situaciones de crisis*
 3. *Los jóvenes en las primeras líneas de la lucha contra la COVID-19*
 4. *Aprendiendo del trabajo del personal de partería durante una pandemia*
 5. *El impacto de la COVID-19 en las cuestiones de género*
 6. *Las enfermedades no infecciosas afectan a la COVID-19 y se ven afectadas por ella*

Información a los órganos deliberantes de la OMS

El Grupo Independiente informó al Consejo Ejecutivo de la OMS durante su reunión extraordinaria de los días 5 y 6 de octubre 2020, a la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud reanudada en noviembre de 2020, y al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 2021; presentará este informe ante la 74.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2021.

Miembros del Grupo independiente:

- **Muy Honorable Sra. Helen Clark**, ex-Primera Ministra de Nueva Zelandia (copresidenta)
- **Excma. Sra. Ellen Johnson Sirleaf**, ex-Presidenta de Liberia y ganadora del premio Nobel (copresidenta)
- **Mauricio Cárdenas**, investigador principal del Centro de Políticas Energéticas Mundiales de la Universidad de Columbia y ex-Ministro de Finanzas de Colombia
- **Aya Chebbi**, Enviada Especial de la Unión Africana para la Juventud, diplomática, activista panafricana y feminista, de Túnez

- **Mark Dybul**, profesor de la Universidad de Georgetown y exdirector del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) y del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida, de Estados Unidos de América
- **Michel Kazatchkine**, profesor de medicina y diplomático de Francia en el ámbito de la salud mundial, y exdirector del Fondo Mundial
- **Joanne Liu**, médica canadiense, profesora de la Universidad McGill y expresidenta internacional de MSF, en concreto durante la respuesta al ébola
- **Precious Matsoso**, ex-Directora General de Salud de Sudáfrica y ex-Presidenta del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
- **David Miliband**, Presidente y Director General del International Rescue Committee, y ex-Secretario de Relaciones Exteriores del Reino Unido
- **Thoraya Obaid**, ex-Directora Ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), exmiembro del Consejo Consultivo (shura), de Arabia Saudí
- **Preeti Sudan**, ex-Secretaria de Salud de la India y ex-Vicepresidenta de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño
- **Ernesto Zedillo**, ex-Presidente de México y economista, director del Centro de Yale para el Estudio de la Globalización de la Universidad de Yale
- **Zhong Nanshan**, profesor del Departamento de Enfermedades Respiratorias de la Universidad Médica de Guangzhou (China), y Director del Centro Nacional de Investigación Clínica de Enfermedades Respiratorias

El Grupo independiente ha contado con el apoyo de una secretaría dirigida por Anders Nordstrom e integrada por Alexandra Phelan, Celeste Canlas, Christine McNab, Helena Legido-Quigley, Jane Saville, Marjon Kamara, Mathias Bonk, Michael Bartos, Michael Dumiak, Mike Kalmus Elias, Nellie Bristol, Rosemary McCarney, Salma Abdalla y Shun Mabuchi. George Werner actuó como asesor de la copresidenta Ellen Johnson Sirleaf, junto con Raj Panjabi, hasta el 31 de enero de 2021, y Sudhvir Singh actuó como asesor de la copresidenta Helen Clark.

Documentos del Grupo independiente

El Grupo Independiente publicó los siguientes documentos finales en mayo de 2021.

Informe principal

COVID-19: Hagamos que esta sea la última pandemia

COVID-19: Hagamos que esta sea la última pandemia - Resumen

Narración complementaria

Cómo un brote se convirtió en una pandemia: los momentos decisivos de la pandemia de COVID-19

Documentos de referencia

1. Aprender del pasado
2. Cronología
3. De la ciencia a las políticas
4. Respuestas nacionales y subnacionales
5. Acceso a vacunas, pruebas diagnósticas y tratamientos
6. Aumento de la capacidad de producción de vacunas: desafío legal
7. Acceso a los suministros esenciales
8. Impacto en los servicios de salud esenciales
9. Impacto social
10. Participación de la comunidad
11. Derechos humanos
12. Comprensión de la comunicación
13. Impacto económico
14. Financiación internacional
15. La OMS: un examen institucional
16. Tratados y convenios internacionales

Agradecimientos

El Grupo independiente de preparación y respuesta frente a las pandemias desea agradecer a las siguientes personas y entidades su contribución a su trabajo y a este informe final:

OMS

El Grupo independiente desea dar las gracias especialmente a la OMS y a su personal en todos los niveles de la Organización por su continuo apoyo y sus importantes contribuciones a lo largo del proceso. Extendemos nuestro profundo agradecimiento al equipo directivo de la OMS: Tedros Adhanom Ghebreyesus, Zsuzsanna Jakab, Ahmed Al Mandhari, Carissa Etienne, Takeshi Kasai, Hans Kluge Matshidiso Moeti, Poonam Singh, Mike Ryan, Soumya Swaminathan, Jaouad Al-Mahjour, Socé Fall, Mariangela Simão, Catharina Boehme, Jane Ellison, Peter Ben Embarek, Maria van Kerkhove, Scott Pendergast, Bernhard Schwartländer, Tim Armstrong, Ian Smith, Raul Thomas, Gauden Galea, Imre Hollo, Gabriella Stern.

Además, deseamos expresar nuestro especial agradecimiento a los miembros del personal de la OMS que apoyan al Grupo directamente a través del repositorio de la OMS sobre la COVID-19, la secretaría del RSI, el Comité de Examen del RSI, el Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (IOAC), STAG-IH y GOARN, entre otros.

Gobiernos nacionales

El Grupo también desea expresar su sincera gratitud a todos los gobiernos nacionales que apoyan el trabajo participando en las actividades del Grupo y aportando información importante para su trabajo. El Grupo también está muy agradecido por el apoyo continuo y esencial de los ministerios de salud, las misiones diplomáticas en Ginebra y Nueva York y una serie de grupos de Estados Miembros a nivel mundial y regional, como la Unión Africana, el Grupo Asia-Pacífico, CARICOM, el Commonwealth, ECOWAS, la Comisión Europea, GRULAC, G7, G20, G77 y las Naciones Unidas.

Organizaciones y alianzas internacionales y regionales

El Grupo desea expresar su agradecimiento a las siguientes organizaciones Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades, Banco Africano de Desarrollo, Banco Asiático de Desarrollo, Center for Global Development, Chatham House, CIVICUS, Club de Madrid, Comisión Económica para África, Comisión Europea Consejo Europeo, Exemplars in Global Health, Red de Asesoramiento Científico y Tecnológico de los Ministerios de Relaciones Exteriores, Gavi, Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria, Global Health Law Consortium, Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación, Instituto Superior de Estudios Internacionales y de Desarrollo, Helsinki Policy Forum, Consejo de Derechos Humanos, Fondo Monetario Internacional, Banco Islámico de Desarrollo, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Overseas Development Institute, Comisión Paneuropea de Salud y Desarrollo Sostenible, The Elders, ONUSIDA, PNUD, Fundación de las Naciones Unidas, UNFPA, UNICEF, Universidad de Essex, Universidad de San Francisco, el Banco Mundial y la Organización Mundial del Comercio.

Líderes y expertos individuales (por orden alfabético)

El Grupo desea dar las gracias a los siguientes expertos que participaron activamente en las entrevistas o en las mesas redondas y seminarios web para proporcionar aportaciones útiles a nuestro trabajo.

Lucia Abascal-Miguel, Omar Abdi, Hala Abou-Taleb, Anurag Agrawal, Lav Agrawal, Yvonne Aki-Sawyer, Ayoade Alakija, Alice Albright, Pascale Allotey, Andrew Rodgeron, Beth Arthy, Elhadj As Sy, Miguel Asqueta Sonoar, Abdullah Assiri, Chris Atim, Sobel Aziz, Ombretta Baggio, Tarun Bajal, Forrest Barker, Rafa Bengoa, Wilson Benia, Christoph Benn, Seth Berkley, Alvaro Bermejo, Arnaud Bernaert, Mandeep Bhandari, Gro Harlem Brundtland, Ann Burton, Flavia Bustreo, Luisa Cabal, Ana Carapichano, Sergio Carmona, Yasumin Chandani, Sabrina Chao, Sarah Cliffe, Awa Coll-Seck, Francesca Colombo, Marlene Cuco, Katie Dain, Brett Davidson, Brice de la Vingne, Roopa Dhatt, Abdoulaye Mar Dieye, Kirill Dmitriev, Grace Dubois, Philippe Duneton, Stuart Dymond, Ayman El-Mohandes, Chris Elias, Ahmed Elkhodary, Maria Eugenia Esandi, Aicha Evans, Tim Evans, Jeremy Farrar, Adebayo Fayoyin, Warren Feek, Gabriella Fesus, Jane Fieldhouse, Josep Figueras, Helga Fogstad, Lisa Forman, Julio Frenk, Garth Frizzell, Rob Fyfe, Sarah Gallalee, Urvashi Gandhi, Raman Gangakhedkar, George Gao, Chris Gentle, Amandeep Singh Gill, Githinji Gitahi, Peter Gluckman, Susan Goldstein, Eduardo González-Pier, Nimisha Goswami, Julia Greenberg, Leith Greenslade, Karen Grepin, Trevor Gunn, Assad Hafeez, Shanelle Hall, Richard Hatchet, Ricardo Hausmann, Sahar Hegazi, Lutz Hegemann, Myriam Hekens, David Heymann, Timothy Fish Hodgson, Steven Hoffman, Peter Horby, Richard Horton, Didier Houssin, Mike Howard, Todd Howland, Vivian Hsu, Paul Hunt, Chikwe Ihekweazu, Dean Jamison, Garth Japhet, Tomas Jensen, Zhang Jixian, Cedric Jo, Etleva Kadilli, Benoit Kalasa, Joumana Kalot, Jean Baptiste Kambale Kiyana, Adam Kamradt-Scott, Sami Kanaan, Natalia Kanem, Abdool Karim Salim, Rajat Khosla, Ilona Kickbusch, Jim Kim, Jeff King, Jeni Klugman, Naomi Komuro, Gerard Krause, Adam Kucharski, Björn Kümmel, Stephen Landry, Kelley Lee, Vivian Lin, Carlos Lopes, Luis Felipe Lopez-Calva, Nora Lustig, John Lysa, Carlos Magariños, Ira Magaziner, Patrice Matchaba, Pascal Mailu, Allan Maleche, Alex Marianelli, Gustavo Matta, Collin McCliff, Jim

McLay, Lori McDougall, Jaime Miranda, Zweli Mkhizi, David Nabarro, Stefan Nachuk, Aurélia Nguyen, John Nkengasong, Jennifer Nuzzo, Abraham Nyenswah, Stephen O'Brien, Ilse Oehler, Jean Oelwang, Abdi Omar, Ben Embarek, Zulma Ortiz, Trygve Ottersen, Sally Pairman, Eric Parrado Herrera, Muhammad Pate, Vinod Paul, Paola Perezniето, Sam Phiri, Philippe Poinsoт, David Prieto-Alhambra, Claudio Providas, Jonathan Quick, Enrique Razon, Charlotte Renard, Carolyn Reynolds, Carlos del Rio, John Arne Rottingen, Mariano Sánchez-Talanquer, Kelly Sanders, Peter Sands, Jagjeet Sareen, Yasuyuki Sawada, Lina Sayed, Neelam Sekhri Feachem, Jaime Sepulveda, Elizabeth Serlemitsoс, Mehr Shah, Sangeeta Shashikant, Elaina Shekhter, Kristen Silverberg, Kenji Shibuya, Vera Songwe, Oleg Sonin, Devi Sridhar, Stephen Cahill, Serge Stinckwich, Nathalie Strub-Wourgaft, Marion Subah, Caroline Sugg, Thiagarajan Sundararaman, Keizo Takemi, Pauline Tamesis, Norihisa Tamura, Viroj Tangcharoensathien, Martin Taylor, Yik Ying Teo, Beth Thompson, Ellen T'Hoен, Eloise Todd, Els Torreele, Tahir Turk, Jair Vega, Andrès Velasco, Stefano Vella, Silvio Waisbord, Linfa Wang, Clare Wenham, Alejandro Werner, Greg Widmyer, Andrew Witty, John Wong, Prashant Yadav, Eduardo Yeyati-Levy, Yik Ying Teo, Cho Young-Shik, Victor Zamora, Darin Zehrung, Wenhong Zhang, Shi Zhengli

Apoyo al Grupo y la secretaría

El Grupo también desea dar las gracias a los siguientes investigadores, consultores y guías por apoyar el trabajo del Grupo:

Salma Al Rashid, Eva Barboni and Atalanta team, Jacob Berah, Elin Bergstrom, Olivia Biermann, Beatrice Bonami, Alvin Qijia Chua, Kathryn Dickson, Chuan De Foo, Bushra Ebadi, Cornelia Green, Rosie Hardacre, Victoria Haldane, Ines Hassan, Michelle Hopgood, Tom Hughes, Margaret Jamieson, Anne-Sophie Jung, Abraar Karan, Sachi Kojima, Shaffi Koya, Irene Laochaisri, Rachel Neil, Cody Nolan, Rose Olson, Tristana Perez, Priya Pillai, Elizabeth Radin, Rohit Ramchandani, Omer Saad, Pami Shrestha, Carl Fred Sjoland, Ron Sloan, Leimapokpam Swàsthicharan, Melisa Mei Jin Tan, See Mieng Tan, Monica Verma, Shishi Wu.

Conversaciones y presentaciones en línea

El Grupo organizó seis **seminarios web para conversar** y aprender directamente de las personas de todo el mundo que trabajan en primera línea, las cuales participaron en debates de grupo con un auditorio virtual compuesto por cientos de otras personas: el personal de enfermería de primera línea; la prestación de servicios de salud sexual reproductiva y derechos conexos en entornos de crisis; los jóvenes en la primera línea; el personal de partería en el trabajo; el impacto de género; y las enfermedades no transmisibles. El Grupo desea agradecer especialmente a todos estos participantes de "primera línea" su valiosa aportación. El Grupo también desea expresar su agradecimiento a las organizaciones que ayudaron a reunir a las personas. Gracias a: Ciudades C40, la Iniciativa de Comunicación, el Consejo Internacional de Enfermeras, la Confederación Internacional de Matronas, la International Planned Parenthood Federation, NCD Alliance, Nursing Now, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, la Pandemic Action Network, Ciudades y Gobiernos Locales Unidos, la White Ribbon Alliance, Women in Global Health y la World Health Professionals Alliance.

El Grupo también dar las gracias a los más de 100 expertos, grupos, funcionarios y promotores que enviaron sus valiosas aportaciones a través del **sistema de presentación en línea**.

Referencias

- ¹ WHO coronavirus (COVID-19) dashboard. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://covid19.who.int/>, accessed 29 April 2021).
- ² Amnesty International. COVID19: health worker death toll rises to at least 17,000. In: Amnesty International [website]. London: Amnesty International; 2021 (<https://www.amnesty.org/en/latest/news/2021/03/covid19-health-worker-death-toll-rises-to-at-least-17000-as-organizations-call-for-rapid-vaccine-rollout/>, accessed 26 April 2021).
- ³ Gopinath G. A long, uneven and uncertain ascent. In: IMFblog [blog]. Washington (DC): International Monetary Fund; 2020 (<https://blogs.imf.org/2020/10/13/a-long-uneven-and-uncertain-ascent/>, accessed 29 April 2021).
- ⁴ UNESCO figures show two thirds of an academic year lost on average worldwide due to Covid-19 school closures. In: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [website]. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2021 (<https://en.unesco.org/news/unesco-figures-show-two-thirds-academic-year-lost-average-worldwide-due-covid-19-school>, accessed 26 April 2021).
- ⁵ COVID-19: a threat to progress against child marriage. In: United Nations Children's Fund [website]. New York: United Nations Children's Fund; 2021 (<https://data.unicef.org/resources/covid-19-a-threat-to-progress-against-child-marriage/>, accessed 26 April 2021).
- ⁶ COVID-19 and ending violence against women and girls. In: UN Women [website]. New York: United Nations; 2021 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006>, accessed 29 April 2021).
- ⁷ World economic situation and prospects 2021. In: United Nations Department of Economic and Social Affairs [website]. New York: United Nations; 2021 (<https://www.un.org/en/world-economic-situation-and-prospects-2021>, accessed 29 April 2021).
- ⁸ Over 11 million girls may not go back to school after the COVID-19 crisis. In: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [website]. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2021 (<https://en.unesco.org/covid19/educationresponse/girlseducation>, accessed 29 April 2021).
- ⁹ COVID-19 market dashboard. In: United Nations Children's Fund [website]. New York: United Nations Children's Fund; 2021 (<https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>, accessed 26 April 2021).
- ¹⁰ COVID-19 Strategic preparedness and response plan. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ¹¹ Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report –79, 8 April 2020. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200408-sitrep-79-covid-19.pdf>, accessed 26 April 2021).
- ¹² Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003 In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/publications/m/item/summary-of-probable-sars-cases-with-onset-of-illness-from-1-november-2002-to-31-july-2003>, accessed 26 April 2021).
- ¹³ SARS: how a global epidemic was stopped. Geneva: World Health Organization; 2006 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207501/9290612134_eng.pdf, accessed 26 April 2021).
- ¹⁴ Assessing the impact and costs of SARS in developing Asia. In: Asian Development Outlook 2003 Update. Manila, Asian Development Bank, 2003 (<https://www.adb.org/sites/default/files/publication/30245/ado-2003-update.pdf>, accessed 26 April 2021).
- ¹⁵ MERS shows vulnerability is universal. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/westernpacific/news/feature-stories/detail/mers-shows-vulnerability-is-universal>, accessed 26 April 2021).
- ¹⁶ Commission on a Global Health Risk Framework for the Future; National Academy of Medicine, Secretariat. The case for investing in pandemic preparedness. In: The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368391/>, accessed 26 April 2021).

17. Global Preparedness Monitoring Board. A world at risk: annual report on global preparedness for health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf, accessed 26 April 2021). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
18. World Health Organization. Average of 13 International Health Regulations core capacity scores, SPAR version. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/-average-of-13-international-health-regulations-core-capacity-scores-spar-version>, accessed 26 April 2021).
19. World Health Organization. e-SPAR Public. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://extranet.who.int/e-spar/#capacity-score>, accessed 26 April 2021).
20. Haider N, Yavlinsky A, Chang Y-M, Hasan MN, Benfield C, Osman AY et al. The Global Health Security index and Joint External Evaluation score for health preparedness are not correlated with countries' COVID-19 detection response time and mortality outcome. *Epidemiol Infect.* 2020;148:e210. doi:[10.1017/S0950268820002046](https://doi.org/10.1017/S0950268820002046) pmid: [32892793](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32892793/)
21. Global Preparedness Monitoring Board, A world in disorder: Global Preparedness Monitoring Board annual report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/2020/GPMB_2020_AR_EN_WEB.pdf, accessed 25 April 2021). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
22. Milanovic B. Beware of mashup indexes: how epidemic predictors got it all wrong. In: *Globalinequality* [blog, 19 April 2021] (<https://glineq.blogspot.com/2021/01/beware-of-mashup-indexes-how-epidemic.html>, accessed 25 April 2021).
23. Fukuyama F. The pandemic and political order. *Foreign Aff.* July/August 2020 (<https://www.foreignaffairs.com/articles/world/2020-06-09/pandemic-and-political-order>, accessed 25 April 2021).
24. Bell J. The U.S. and COVID-19: leading the world by GHS Index score, not by response. In: *Atomic Pulse* [website, 21 April 2020]. Washington (DC): Nuclear Threat Initiative; 2020 (<https://www.nti.org/analysis/atomic-pulse/us-and-covid-19-leading-world-ghs-index-score-not-response/>, accessed 25 April 2021).
25. Air transport, passengers carried. In: *Data* [website]. Washington (DC): World Bank; 2021 (<https://data.worldbank.org/indicator/IS.AIR.PSGR>, accessed 25 April 2021).
26. 30x30: eight steps to protect the best on earth. In: *The Nature Conservancy* [website]. Arlington (VA): The Nature Conservancy; 2019 (<https://www.nature.org/en-us/what-we-do/our-insights/perspectives/thirty-percent-protect-best-biodiversity-on-earth/>, accessed 26 April 2021).
27. de Wit W, Freschi A, Trench E. Covid 19: urgent call to protect people and nature. Gland: WWF International; 2020 (https://c402277.ssl.cf1.rackcdn.com/publications/1348/files/original/FINAL_REPORT_EK-Rev_2X.pdf, accessed 26 April 2021).
28. WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China part. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part>, accessed 25 April 2021).
29. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med.* 2020;382(13):1199–207 (<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/nejmoa2001316>, accessed 26 April 2021).
30. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223):497–506 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5), accessed 25 April 2021).
31. Cohen J Chinese researchers reveal draft genome of virus implicated in Wuhan pneumonia outbreak, *Science* 2020 doi:[10.1126/science.aba8829](https://doi.org/10.1126/science.aba8829)
32. Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report -3, 23 January 2020. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/Coronaviruse/situation-reports/20200123-sitrep-3-2019-ncov.pdf>, accessed 25 April 2021).
33. Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>, accessed 25 April 2021).

- ³⁴ WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))), accessed 25 April 2021).
- ³⁵. Report by the Director-General. Geneva: World Health Organization; 2020 (EB146/2; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_2-en.pdf, accessed 26 April 2021).
- ³⁶. Monto AS. Reflections on the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS) at 65 years: an expanding framework for influenza detection, prevention and control. *Influenza Other Respir Viruses*. 2018;12(1):10–2 (<https://doi.org/10.1111/irv.12511>, accessed 26 April 2021).
- ³⁷. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>), accessed 25 April 2021).
- ³⁸ Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))), accessed 26 April 2021).
- ³⁹ WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on 2019 novel coronavirus – 7 February 2020. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-novel-coronavirus---7-february-2020>), accessed 26 April 2021).
- ⁴⁰ Nkengasong J. Let Africa into the market for COVID-19 diagnostics. *Nature*. 2020;580(7805):565. doi:10.1038/d41586-020-01265-0 pmid: 32346145.
- ⁴¹ Houdek J. Clinton Health Access Initiative. Closing the oxygen access gap: breathing new life into a neglected therapy – Clinton Health Access Initiative. In: Clinton Health Access Initiative [website]. Boston (MA): Clinton Health Access Initiative; 2020 (<https://www.clintonhealthaccess.org/closing-the-oxygen-access-gap-breathing-new-life-into-a-neglected-therapy/>), accessed 26 April 2021).
- ⁴² Meara JG, Leather AJM, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015;386(9993):569–624 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60160-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60160-X/fulltext)), accessed 26 April 2021).
- ⁴³ An R&D blueprint for action to prevent epidemics: plan of action. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/blueprint/about/r_d_blueprint_plan_of_action.pdf, accessed 26 April 2021).
- ⁴⁴ Kieny MP, Rottingen J-A, Farrar J. The need for global R&D coordination for infectious diseases with epidemic potential. *Lancet*. 2016;388(10043):460–1 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31152-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31152-7/fulltext)), accessed 26 April 2021).
- ⁴⁵ Lurie N, Keusch GT, Dzau VJ. Urgent lessons from COVID 19: why the world needs a standing, coordinated system and sustainable financing for global research and development. *Lancet*. 2021;397(10280):1229–36. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00503-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00503-1).
- ⁴⁶ Results. In: Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy (RECOVERY) [website]. Oxford: Nuffield Department of Population Health; 2021 (<https://www.recoverytrial.net/results>, accessed 29 April 2021).
- ⁴⁷ Rizvi Z. BARDA Funding Tracker: tracker details billions in taxpayer funds supporting COVID-19 R&D efforts. Public Citizen. 2 November 2020 (<https://www.citizen.org/article/barda-funding-tracker/>), accessed 26 April 2021).
- ⁴⁸ Covid-19 vaccine is 12 to 18 months away, Harvard's Jha says. Bloomberg TV. 21 April 2020 (<https://www.bloomberg.com/news/videos/2020-04-21/covid-19-vaccine-is-12-to-18-months-away-harvard-s-jha-says-video>), accessed 26 April 2021).
- ⁴⁹ Phase 3 clinical trial of investigational vaccine for COVID-19 begins. In: National Institutes of Health [website]. Bethesda (MD); National Institutes of Health; 2020 (<https://www.nih.gov/news-events/news-releases/phase-3-clinical-trial-investigational-vaccine-covid-19-begins>), accessed 26 April 2021).
- ⁵⁰ David AC, Pienknagura S. On the effectiveness of containment measures in controlling the COVID-19 pandemic: the role of labour market characteristics and governance. *Appl Econ Lett*. 2020;0(0):1–7.

- ⁵¹ Social protection floor. In: International Labour Organization [website]. Geneva: International Labour Organization; 2021 (<https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/policy-development-and-applied-research/social-protection-floor/lang--en/index.htm>, accessed 26 April 2021).
- ⁵² The race for global COVID-19 vaccine equity. In: Launch and Scale Speedometer [website]. Durham (NC): Duke Global Health Innovation Center; 2021 (<https://launchandscalefaster.org/COVID-19>, accessed 26 April 2021).
- ⁵³ First COVID-19 COVAX vaccine doses administered in Africa. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/01-03-2021-first-covid-19-covax-vaccine-doses-administered-in-africa>, accessed 26 April 2021).
- ⁵⁴ COVAX vaccine roll-out. In: Gavi, the Vaccine Alliance [website]. Geneva: Gavi; 2021 (<https://www.gavi.org/covax-vaccine-roll-out>, accessed 26 April 2021).
- ⁵⁵ Covax: how will Covid vaccines be shared around the world? BBC News. 8 April 2021 (<https://www.bbc.com/news/world-55795297>, accessed 26 April 2021).
- ⁵⁶ Foley KE. Syringe shortages are causing Pfizer vaccine bottlenecks. In: Quartz [website]. New York: Quartz; 2021 (<https://qz.com/1976718/syringe-shortages-are-causing-pfizer-vaccine-bottlenecks/>, accessed 26 April 2021).
- ⁵⁷ Knowledge Ecology International. WIPO side event: appraising progress of WHO's COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP). In: YouTube [social media]. 23 September 2020 (https://www.youtube.com/watch?v=bRfC-Baw_ec, accessed 26 April 2021).
- ⁵⁸ Rich, developing nations wrangle over COVID vaccine patents. Reuters. 10 March 2021 (<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-wto-idUSKBN2B21V9>, accessed 26 April 2021).
- ⁵⁹ Maani N, Abdalla SM, Galea S. Avoiding a legacy of unequal non-communicable disease burden after the COVID-19 pandemic. *Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2021;9(3):133–5 ([https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(21\)00026-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(21)00026-7/fulltext), accessed 26 April 2021).
- ⁶⁰ Torreele E, Kazatchkine M, Mazzucato M. Preparing for the next pandemic requires public health focused industrial policy. En: *The BMJ Opinion* [blog]. 1 de abril de 2021 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2021/04/01/preparing-for-the-next-pandemic-requires-public-health-focused-industrial-policy/>, consultado el 26 de abril de 2021).