



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



134.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 21-25 de junio 2004

Punto 4.6 del orden del día provisional

CE134/14 (Esp.)

25 mayo 2004

ORIGINAL: INGLÉS

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL: LAS PERSPECTIVAS DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

El Reglamento Sanitario Internacional se está revisando en conformidad con una resolución adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1995 (WHA48.7) y para hacer frente a la amenaza planteada por la aparición y el resurgimiento de ciertas enfermedades infecciosas y el mayor riesgo de propagación internacional de estas debido sobre todo al aumento del transporte aéreo comercial y del comercio en general. Las experiencias que ha dejado la aparición y la rápida propagación internacional del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) en 2003 han conferido una expresión concreta a estas amenazas y riesgos, y han puesto en tela de juicio la capacidad del reglamento vigente para orientar debidamente a los colaboradores internacionales de salud pública acerca de las medidas específicas que deben aplicarse.

Mediante reuniones de consulta de expertos y de grupos de trabajo celebradas desde 1995, se ha logrado el consenso en cuanto a la dirección que debe seguir la revisión del Reglamento Sanitario Internacional. En ellas se propusieron criterios de notificación y posibles medidas en respuesta a las "emergencias de salud pública que son motivo de preocupación internacional", así como la designación de un centro coordinador nacional para todo lo relacionado con el reglamento. En 2001, el 43.^{er} Consejo Directivo de la OPS adoptó la resolución CD43.R13, por la cual apoyó la revisión del Reglamento Sanitario Internacional e instó a los Estados Miembros a que participaran activamente en el proceso de examen a escala nacional y en el ámbito de los sistemas regionales de integración. La OPS ha aprovechado las oportunidades brindadas por el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y los países de la Comunidad Andina para obtener observaciones sobre los cambios propuestos.

En 2004, se organizó un amplio proceso de consulta para lograr consenso acerca del primer borrador del Reglamento Sanitario Internacional modificado, que se había distribuido a los Estados Miembros en enero del mismo año. Las reuniones de consulta subregionales se celebrarán entre abril y junio de 2004. La OMS refundirá las observaciones de todas las regiones y en noviembre de 2004 convocará en Ginebra un grupo intergubernamental de trabajo para que redacte la versión definitiva del Reglamento Sanitario Internacional modificado, que habrá de presentarse a la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005. Mediante este proceso se pretende lograr que se aborden todas las inquietudes esenciales de los Estados Miembros con respecto a las consecuencias de salud pública del Reglamento Sanitario Internacional modificado, a fin de poder cumplir con las obligaciones que este entrañará.

El presente informe sobre el progreso alcanzado se somete a la consideración del Comité Ejecutivo para su información.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Antecedentes	3
El Reglamento Sanitario Internacional modificado	4
Desafíos.....	7
Actividades en el ámbito de la cooperación técnica regional	8
Actividades futuras	11
Intervención del Comité Ejecutivo	12

Antecedentes

1. El propósito del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es garantizar la máxima seguridad contra la propagación internacional de enfermedades con una interferencia mínima en el tráfico mundial. Su origen se remonta a mediados del siglo XIX y las epidemias de cólera que arrasaron Europa entre 1830 y 1847.
2. El 14 de noviembre de 1924, en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en La Habana, Cuba, los gobiernos de 21 repúblicas americanas firmaron y ratificaron el Código Sanitario Panamericano, cuyos objetivos eran prevenir la propagación internacional de infecciones transmisibles, promover la adopción de medidas basadas en la cooperación de los gobiernos, estimular el intercambio de información para mejorar la salud pública y combatir enfermedades, y normalizar las medidas utilizadas en los puntos de entrada. El Código fue reformado por medio del Protocolo Adicional al Código Sanitario Panamericano (1952), con el cual se eliminaron varios artículos.
3. En 1948 entró en vigor la Constitución de la OMS y en 1951 los Estados Miembros de la OMS adoptaron el Reglamento Sanitario Internacional, que fue reemplazado por uno nuevo en 1969. El Reglamento fue modificado en 1973 con disposiciones adicionales relativas a la lucha contra el cólera y en 1981 para excluir la viruela. La intención original del RSI era facilitar el seguimiento y el control de seis enfermedades infecciosas graves: cólera, peste, fiebre amarilla, viruela, fiebre recurrente y tifus. En la actualidad, sólo el cólera, la peste y la fiebre amarilla son enfermedades de notificación obligatoria.
4. La Asamblea Mundial de la Salud solicitó la revisión del RSI en 1995 (resolución WHA48.7), a fin de abordar la amenaza de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y el aumento del riesgo de su propagación internacional debido en particular al crecimiento del comercio y el transporte aéreo comercial. Las experiencias que siguieron al surgimiento y la rápida propagación internacional del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) en 2003 fueron una manifestación concreta de esas amenazas y riesgos y plantearon el desafío para el Reglamento actual de orientar correctamente a la OMS y a sus colaboradores internacionales con respecto a las medidas concretas que debían tomarse.
5. Desde 1995 se han venido realizando consultas de expertos y grupos de trabajo a fin de llegar a un consenso sobre la orientación que debe tomar la revisión del RSI. En la resolución WHA54.14 de 2001, se enuncia la estrategia de la OMS sobre “seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias” y se destaca la necesidad de que todos los Estados Miembros trabajen mancomunadamente con la OMS y con otros colaboradores técnicos en la revisión del RSI a fin de definir los criterios para la notificación y posibles medidas para responder a las “emergencias sanitarias de interés

internacional” y designar un punto focal nacional para el RSI. Ese mismo año, en la 44.^a Reunión del Consejo Directivo de la OPS, se aprobó la resolución CD43.R13 en apoyo a la revisión del RSI, en la cual se insta a los Estados Miembros a que participen activamente en el proceso de revisión, tanto a nivel nacional como por medio de los sistemas de integración regional.

6. Se está organizando un amplio proceso de consultas para llegar a un consenso sobre el RSI modificado, que se elaboró tras una serie de consultas técnicas y se distribuyó a los Estados Miembros en enero de 2004 a fin de que tuvieran suficiente tiempo para examinar el texto antes de las reuniones de consulta subregionales que se realizarían entre abril y junio de 2004. La OMS compilará los comentarios de todas las regiones y en noviembre de 2004 se reunirá un grupo de trabajo intergubernamental en Ginebra para redactar la versión final del Reglamento Sanitario Internacional modificado, que en mayo de 2005 será presentada a la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud.

El Reglamento Sanitario Internacional modificado

7. El marco del RSI modificado se basa en el acuerdo de que la mejor forma de prevenir la propagación internacional de enfermedades es detectarlas y contenerlas mientras constituyen todavía un problema local. Los brotes y las epidemias dificultan repetidamente la labor de los servicios nacionales de salud e interfieren en los programas de control sistemáticos, desviando atención y fondos. Se necesita coordinación internacional porque muchos países podrían necesitar cooperación técnica en materia de contención de enfermedades durante acontecimientos graves.

8. En el mundo actual de enfermedades nuevas y reemergentes, toda lista de enfermedades que se prepare se vuelve rápidamente obsoleta. Asimismo, un caso de una enfermedad no siempre presenta el peligro de propagación o repercusiones internacionales. La enfermedad debe combinarse con determinadas circunstancias, como lugar, momento, magnitud del brote, proximidad a una frontera internacional (o a un aeropuerto), celeridad de la propagación, modalidad de transmisión, etc. Por consiguiente, el cólera no sería de notificación obligatoria salvo que un brote revistiera importancia internacional urgente; por ejemplo, si se produjera en una zona donde la enfermedad no es endémica o si se debiera a una nueva cepa resistente a los antimicrobianos, si fuese de una gravedad desacostumbrada o si otros Estados Miembros impusieran restricciones al comercio y a los viajes.

9. El concepto básico del RSI modificado, que exigirá cambios importantes en la forma en que los países interactúan con la OMS a escala mundial, regional y nacional, es que todos los acontecimientos que podrían constituir una situación de emergencia sanitaria de interés internacional deben notificarse a la OMS. Se estableció un conjunto de criterios para definir tales acontecimientos y cooperar con los Estados Miembros en la decisión de notificar. El instrumento de decisión consta de cuatro criterios: gravedad del

impacto sobre la salud pública, índole desacostumbrada o imprevista de la enfermedad, potencial de propagación internacional y de restricciones a los viajes y el comercio, así como un conjunto de indicadores en forma de preguntas auxiliares que facilitan la definición de cada criterio.

10. Si se produce un acontecimiento con posibles repercusiones internacionales, las administraciones sanitarias nacionales (con el aporte de diversos sectores) deberán determinar si el acontecimiento se ciñe a los criterios y, en consecuencia, debe notificarse a la OMS.

11. A fin de garantizar la detección temprana de los acontecimientos nacionales urgentes de interés internacional, cada país deberá requerir que su sistema de vigilancia recopile con prontitud información sobre acontecimientos desacostumbrados e imprevistos. Asimismo, el sistema debe tener la capacidad de realizar un análisis rápido, a fin de que, sobre la base de esos datos, se puedan tomar decisiones a nivel local sobre las medidas necesarias. El RSI modificado contendrá un conjunto recomendado de capacidades esenciales requeridas para la vigilancia y la respuesta en los Estados Miembros.

12. En muchos países tal vez ya exista capacidad de decisión orientada a la vigilancia y la acción. Otros países quizá necesiten de un período de tiempo para cumplir este requisito del RSI y podría necesitarse cooperación técnica y financiamiento adicional.

13. En la actualidad, cuando un brote en un país puede constituir una situación de emergencia sanitaria de interés para todo el mundo, se necesita la colaboración entre países para garantizar la seguridad sanitaria mundial. Las redes de vigilancia y respuesta deben contribuir a proteger dicha seguridad mancomunando los recursos de instituciones técnicas en lo que concierne al manejo epidemiológico, clínico y de laboratorio, la investigación y las comunicaciones, y colaborando para contener las amenazas con rapidez.

14. Los cambios principales propuestos en el RSI se refieren a cuatro campos fundamentales: el alcance del riesgo y la notificación de la enfermedad, el marco jurídico de la alerta y la respuesta frente a las epidemias, la designación de puntos focales nacionales y la definición de la capacidad básica necesaria para la vigilancia y la respuesta, y la capacidad de la salud pública para poner en práctica las medidas recomendadas en los puntos de entrada. Los conceptos de riesgo y notificación de enfermedades se extienden a todas las situaciones de emergencia sanitaria de interés internacional y se conectan con los mecanismos establecidos para la acción rápida de las autoridades nacionales y de la Organización.

15. La OMS puede usar información que no constituya una notificación oficial para facilitar la detección y el control de acontecimientos internacionales urgentes. Los Estados Miembros tendrán la obligación de responder a los pedidos de la Organización de que se verifique la fiabilidad de tal información. Como el nuevo RSI abarcará una gama mucho mayor de acontecimientos y brotes de importancia para la salud pública, y como estos acontecimientos podrían producirse con mucha rapidez, deberá mantenerse una comunicación permanente con la OMS.

16. También se podría informar a la OMS, por medio de un proceso de consulta, sobre acontecimientos que no se ciñan a los criterios del instrumento de decisión. Se deben designar puntos focales nacionales con responsabilidades definidas con respecto al intercambio oficial de información con la OMS durante acontecimientos urgentes. En la mayoría de los casos, posiblemente sea necesario distribuir tal información en el ámbito nacional a hospitales, personal de salud, puertos y aeropuertos con gran celeridad. Preferentemente, la comunicación se efectuará por medios electrónicos. Es necesario que en cada Estado Miembro exista un sistema de reserva de manera tal que la información siempre llegue a alguien que esté disponible. La existencia de un punto de contacto único es fundamental para que el Estado Miembro pueda protegerse en una situación de emergencia.

17. Los requisitos relativos a la capacidad básica de vigilancia y respuesta en los países y, más específicamente, en los puntos de entrada (puertos, aeropuertos y cruces fronterizos terrestres) propuestos en el RSI constituyen un punto de referencia para la creación de capacidad nacional en los servicios de salud y requerirán un proceso de evaluación y desarrollo de planes nacionales de acción con el apoyo de la cooperación técnica.

18. En el plano regional, la OPS/OMS tendrá la obligación de proporcionar rápidamente cooperación técnica a los Estados Miembros para evaluar y controlar brotes. Las actuales redes de vigilancia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes facilitan la estrecha colaboración con los Estados Miembros. La OPS/OMS deberá brindar cooperación técnica anticipada, además de reaccionar y proporcionar asistencia en casos de brotes, especialmente si se producen varios brotes al mismo tiempo. Algunas actividades ya se han iniciado, entre ellas capacitación sobre vigilancia, investigación de brotes y técnicas de laboratorio, mejora de la capacidad de los laboratorios, mejora de la interacción entre colaboradores en los servicios de epidemiología y laboratorios, y difusión de alertas epidemiológicas e información técnica sobre enfermedades que tienden a provocar epidemias.

19. Con los cambios propuestos en el RSI modificado, aumentará la carga de responsabilidades para las oficinas nacionales y regionales, lo cual merece ser

considerado seriamente en la planificación del presupuesto por programas de manera que la Organización cumpla las responsabilidades que se le asignen.

Desafíos

20. En la era actual de rápida comunicación electrónica (es decir, internet), el público se entera de muchos acontecimientos internacionales urgentes antes que la administración sanitaria más eficiente tenga tiempo de reaccionar y notificar. Tales noticias, aunque no hayan sido verificadas, podrían llevar rápidamente a otros países que se sientan amenazados a imponer restricciones a los viajes y el comercio. Las autoridades nacionales deberán verificar la información sobre brotes emanada de una amplia gama de fuentes oficiales y oficiosas a fin de determinar su importancia internacional.

21. Con frecuencia, la respuesta a amenazas presentadas por enfermedades emergentes y que tienden a provocar epidemias, ha sido tardía o insuficiente. Algunos países no han fortalecido su capacidad nacional de vigilancia y respuesta debido a que no comprenden la necesidad, a una falta de compromiso o de fondos, o a la competencia entre prioridades. Casi todos los países tienen actualmente algún tipo de sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles, pero en muchos casos estos sistemas carecen de un elemento de alerta temprana y no desencadenan una acción eficiente y eficaz en respuesta a los datos de vigilancia recopilados.

22. Se necesita un compromiso político, así como un nivel básico de competencia técnica e infraestructura, para instituir un sistema eficaz de alerta y respuesta a epidemias a escala nacional. Tal capacidad nacional debería basarse en los sistemas actuales de vigilancia de enfermedades transmisibles, debería ser dinámico y adaptable a los cambios en las prioridades nacionales y regionales, vincular los recursos comunes para evitar la duplicación y utilizar la sinergia siempre que sea posible, a fin de aprovechar mejor la capacidad clínica y de laboratorio del país y su pericia epidemiológica. La capacidad nacional abarca personal gerencial y técnico competente, cuyo trabajo se guíe por directrices y procedimientos claramente establecidos que se apliquen a todo el sistema. Se debe disponer de suficientes recursos económicos para el mantenimiento continuo del sistema y debe existir la posibilidad de tener acceso rápido a estos recursos para responder a los brotes.

23. Un desafío importante es la forma de organizar los recursos internacionales a fin de responder a un brote que amenace con abrumar la capacidad nacional o contener una enfermedad sobre la cual se sepa poco. Para responder a este desafío se necesitará la cooperación internacional con el propósito de fortalecer las alianzas, que a su vez ofrecen a los países acceso a recursos logísticos, epidemiológicos y de laboratorio, así como a recursos para la comunicación.

Actividades en el ámbito de la cooperación técnica regional

24. La OPS/OMS ha proporcionado cooperación técnica para crear capacidad nacional y subregional a fin de detectar, investigar y controlar acontecimientos relacionados con enfermedades que tienden a provocar epidemias. En 1995 se publicó el *Plan Regional de Acción para Combatir Enfermedades Infecciosas Nuevas, Emergentes y Reemergentes en las Américas*, que establece el marco para la acción en este campo.

25. En 1998, la reunión regional inicial de la OPS/OMS para la revisión del RSI contó con la participación de personal nacional de todos los Estados Miembros. Desde entonces, la OPS ha estado trabajando con los Estados Miembros para obtener sus comentarios sobre la revisión propuesta y mantenerlos informados sobre el progreso realizado. En consonancia con la resolución CD43.R13, la OPS ya ha examinado el RSI en grupos de trabajo sobre salud formados en los sistemas de integración subregional.

26. Un componente importante del control transfronterizo de las epidemias ha sido el intercambio de información y mecanismos de comunicación entre diversas instituciones nacionales de salud pública en todos los niveles de la salud pública y los servicios de salud.

27. En colaboración con otros organismos y gobiernos, estos esfuerzos han conducido a lo siguiente:

- Se han establecido redes de vigilancia subregionales en la cuenca amazónica, el Cono Sur, la subregión centroamericana y, recientemente, el Caribe. Estas redes reúnen a epidemiólogos, clínicos y científicos de laboratorio para compartir información, complementar los puntos fuertes de cada país y colaborar en la respuesta a acontecimientos que superan la capacidad individual de los países.
- Argentina, Bolivia y Brasil han iniciado una reorganización exhaustiva de sus sistemas de vigilancia, prestando especial atención a la capacidad local para detectar brotes de enfermedades infecciosas y responder a ellos.
- La OPS ha estado trabajando con los Estados Miembros a fin de fortalecer su capacidad epidemiológica y de laboratorio para la vigilancia y el control de enfermedades transmisibles por medio de varios de sus programas de cooperación técnica y ha organizado redes de laboratorios en relación con determinados agentes patógenos y con enfermedades emergentes y reemergentes. En dichas redes de vigilancia se ha incorporado la capacidad de laboratorio para confirmar la naturaleza infecciosa de los brotes, que pone de relieve el uso de centros de referencia especializados.

- Con respecto a la resistencia a los antimicrobianos, hay una red funcional para la identificación de bacterias y el control de la calidad de las pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos para Salmonella, Shigella, Vibrio cholerae, Haemophilus influenzae y Streptococcus pneumoniae, así como otras bacterias de importancia tanto dentro como fuera de los hospitales.

28. Uno de los grupos que más activamente ha participado hasta la fecha en la revisión del RSI es el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), integrado por los países del Cono Sur (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, con Bolivia y Chile en calidad de observadores). Este grupo ha proporcionado comentarios a la OPS/OMS sobre los cambios propuestos y ha tomado medidas concretas con respecto al RSI, entre ellas las siguientes:

- inclusión del Reglamento como tema prioritario de su Grupo de Trabajo sobre Vigilancia;
- compromiso de proporcionar un apoyo unánime al proceso de revisión, especialmente en lo que concierne a la salud fronteriza y sus componentes comerciales;
- realización de cuatro talleres de los cuales emanaron resoluciones y acuerdos que fueron firmados por los ministerios de salud; y
- actividades en los países, entre ellas la revisión de las normas nacionales relativas a la sanidad en los puertos de entrada y los certificados de salud de viajeros, pruebas de la vigilancia sindrómica a nivel nacional y pruebas del “árbol de decisiones” para la notificación de acontecimientos de interés sanitario internacional.
-

29. El Organismo Andino de Salud, que abarca los países andinos (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), ha incluido la revisión del RSI en su temario de salud. En virtud de un convenio de cooperación con la OPS/OMS, ha organizado dos talleres sobre el tema con la finalidad de informar a los países sobre la revisión del RSI, poner en marcha un proceso nacional para reunir a las partes interesadas y obtener opiniones nacionales sobre los cambios propuestos. De estas deliberaciones emanaron dos resoluciones ministeriales; en la primera se establecieron grupos técnicos de trabajo de alcance nacional, y en la segunda se instó a los países a que examinaran y fortalecieran la vigilancia epidemiológica, especialmente en las zonas fronterizas.

30. En América del Norte, Estados Unidos estableció un grupo nacional de trabajo para examinar el Reglamento Sanitario Internacional modificado, con amplia

representación institucional; incluye, entre otros, el Departamento de Salud y Servicios Sociales, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Administración de Alimentos y Medicamentos, el Departamento de Agricultura y Ganadería, el Servicio de Inmigración y Naturalización, y el Servicio de Aduanas. El Departamento de Salud y Servicios Sociales ha sido un colaborador destacado en el proceso de revisión del reglamento, pues proporciona retroalimentación continua sobre cada paso y formula sugerencias concretas. En fecha más reciente, se presentó a la OPS/OMS un conjunto preliminar de observaciones con respecto al primer borrador del Reglamento Sanitario Internacional modificado que puede consultarse en la página web de la OMS sobre este tema. Basándose en la Red Mundial de Información Especial de Salud Pública y la experiencia con el brote del SARS, Canadá también ha reforzado la importancia del Reglamento Sanitario Internacional y se ha comprometido a fortalecer su capacidad de salud pública, haciendo hincapié en abordar los acontecimientos que son motivo de preocupación para la salud pública internacional.

31. Las experiencias que siguieron al surgimiento y la rápida propagación internacional del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) fueron una manifestación concreta de la magnitud de los desafíos con que se enfrentan los Estados Miembros y la OPS/OMS para poner en práctica el RSI modificado. Esta importante amenaza para la salud pública llevó a las autoridades nacionales a solicitar la asistencia de la OPS/OMS. La situación abarcaba un agente desconocido, con características clínicas desacostumbradas y una modalidad de transmisión desconocida, y el caso índice estaba vinculado a viajes internacionales, con importantes centros afectados, lo cual condujo a la imposición de restricciones a los viajes internacionales de turismo y de negocios. Se hizo amplio uso de fuentes oficiosas de información. La sede de la OMS, junto con sus oficinas regionales, coordinó la respuesta mundial utilizando redes de laboratorios, servicios clínicos y epidemiología para formular directrices técnicas (control de la infección, atención clínica, servicios de laboratorio, aerolíneas y buques), la definición de casos y advertencias para viajeros, actualizar la información proporcionada a aeropuertos, autoridades sanitarias y el público en general sobre el riesgo real, y aclarar cuestiones comerciales relativas a las restricciones y el riesgo de transmisión por mercancías.

32. Los Estados Miembros han participado activamente en las reuniones de consulta con delegaciones que estaban integradas principalmente por funcionarios de los ministerios de salud. En algunos casos, concurrieron representantes de los sectores de transporte, agricultura, ganadería, relaciones exteriores e inocuidad de los alimentos. La mitad de los Estados participantes se prepararon para las reuniones mediante amplias consultas nacionales. Algunas áreas fundamentales de preocupación de los Estados Miembros señaladas durante las reuniones subregionales fueron: incorporar en el Reglamento Sanitario Internacional el compromiso indispensable de los Estados Miembros y de la OMS con respecto a los recursos y los plazos para establecer los requisitos en cuanto a la capacidad esencial para la vigilancia y la respuesta, así como los

aeropuertos, puertos y puntos de cruce terrestre designados; la cadena de comunicación entre el centro coordinador o punto focal nacional del Reglamento Sanitario Internacional, las autoridades sanitarias y la OMS debería redefinirse para lograr que el primero obtenga aprobación de las autoridades antes de comunicarse con la OMS; el instrumento de decisión para evaluar y notificar los acontecimientos que pueden constituir una emergencia de salud pública de trascendencia internacional debe ajustarse al objeto de que tenga la sensibilidad suficiente para aplicar las medidas oportunas de prevención y control, reduciendo al mismo tiempo la sobrecarga de los sistemas nacional y mundial de alerta y respuesta; y se solicitó que las autoridades sanitarias tuvieran el derecho de cobrar un honorario por la vacunación y otras medidas profilácticas. Los informes resumidos de cada reunión se pueden obtener en la página web de la OPS.

Actividades futuras

33. A fin de garantizar la plena participación de los países en las etapas finales del proceso de revisión del RSI, también se asignarán recursos a la colaboración con los países en los preparativos para la aplicación del RSI mediante el fortalecimiento de la cooperación técnica de la OPS/OMS en la vigilancia de enfermedades transmisibles, el estado de alerta y la respuesta. Se establecieron dos objetivos importantes para el bienio actual: consultar a los Estados Miembros sobre el texto modificado propuesto para el RSI y reforzar la capacidad de la Región de las Américas para detectar brotes de enfermedades y responder a ellos.

34. Una vez realizadas las cuatro reuniones subregionales de consulta mencionadas (párrafo 32), la OPS resumirá las aportaciones regionales al Grupo Intergubernamental de Trabajo, que se reunirá en Ginebra en noviembre de 2004. La OPS seguirá colocando el Reglamento Sanitario Internacional como un asunto prioritario en el temario de salud de los países y los sistemas subregionales de integración.

35. Las actividades para mejorar la capacidad regional de alerta y respuesta estarán orientadas a reforzar la vigilancia subregional actual de enfermedades emergentes, así como los mecanismos de alerta y respuesta en la sede de la OPS y en las oficinas en los países. Con este último fin se mejorarán los procedimientos para la rápida obtención y verificación de información especial sobre epidemias y la comunicación segura de información indispensable y delicada en coordinación con la Red Mundial de Alerta y Respuesta (OMS/GOARN), se ampliarán las comunicaciones y el intercambio de información sobre situaciones de emergencia sanitaria de interés internacional con los ministerios de salud en tiempo real por medio de las redes subregionales de vigilancia de enfermedades infecciosas emergentes, se coordinarán la investigación y la respuesta regionales frente a brotes y se proporcionará apoyo a intervenciones nacionales por medio de arreglos de contingencia, apoyo logístico y protocolos normalizados.

36. A nivel nacional, se alentará a los países a evaluar el grado de preparación de sus servicios de salud pública (laboratorios, epidemiología, hospitales y otros) para detectar situaciones de emergencia causadas por epidemias de enfermedades infecciosas y responder a las mismas utilizando directrices normalizadas. Eso incluirá la formulación de planes de acción para crear capacidad nacional (detección, investigación y confirmación de enfermedades y respuesta frente a las mismas).

37. Para fortalecer el sistema actual de alerta y respuesta a nivel nacional será necesario vincular, ampliar e integrar las actividades de epidemiología, laboratorio y planificación de los preparativos, especialmente en los países menos desarrollados. El producto más importante de esta actividad será la preparación de planes de contingencia para abordar las deficiencias y los aspectos positivos señalados en la evaluación.

Intervención del Comité Ejecutivo

38. Se solicita al Comité Ejecutivo que formule comentarios, observaciones y recomendaciones sobre el proceso de revisión del Reglamento Sanitario Internacional, sus repercusiones en la Región de las Américas y las actividades programadas para la futura aplicación de dicho documento.

- - -