

56.º CONSEJO DIRECTIVO

70.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018

Punto 8.9 del orden del día provisional

CD56/INF/9
9 de julio del 2018
Original: inglés

APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (RSI)

Introducción

1. En el presente documento se informa sobre el estado de la aplicación e implementación del Reglamento Sanitario Internacional (el Reglamento o RSI), así como de su cumplimiento. En este informe: *a*) se actualiza la información presentada al Comité Ejecutivo, en su 162.ª sesión, en junio del 2018 (*1*); *b*) se examinan las actividades emprendidas por los Estados Partes y la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), ya sea como respuesta a eventos agudos de salud pública, incluidas las emergencias de salud pública de importancia internacional, o bien con el propósito de fortalecer la capacidad; y *c*) se ponen de relieve los temas que requieren una acción concertada por parte de los Estados Partes de la Región de las Américas para la aplicación e implementación del RSI y su cumplimiento.

Antecedentes

2. El Reglamento Sanitario Internacional, aprobado por la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2005 por medio de la resolución WHA58.3,¹ constituye el marco jurídico que, entre otros aspectos, define las capacidades nacionales básicas, incluso en los puntos de entrada, para el manejo de los eventos agudos de salud pública de importancia potencial o real tanto a nivel nacional como internacional, y los procedimientos administrativos conexos.

Análisis de la situación

Eventos agudos de salud pública

3. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) actúa como el Punto de Contacto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el RSI en la Región de las Américas

¹ El texto de la tercera edición del Reglamento Sanitario Internacional (aprobado originalmente por medio de la resolución WHA58.3) se puede encontrar en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=164C099CD5E21ED0C1B76D9DA87A772E?sequence=1>.

y facilita el manejo de los eventos de salud pública por medio de los canales de comunicación establecidos con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI (CNE). En el 2018, 29 de los 35 Estados Partes de la Región (83%) presentaron la confirmación o actualización anual de la información de contacto de su CNE, y 26 de los 35 (74%) presentaron una lista actualizada de los usuarios nacionales del Sitio de Información sobre Eventos para los CNE, el cual es un sitio seguro. En el 2017, las pruebas rutinarias de conectividad realizadas entre el Punto de Contacto de la OMS para el RSI y los CNE de la Región fueron exitosas en 30 de los 35 Estados Partes (86%) por correo electrónico y en 32 de los 35 Estados Partes (91%) por teléfono.

4. Entre el 1 de enero del 2018 y el 30 de junio del 2018, se detectaron y evaluaron 55 eventos agudos de salud pública de posible importancia internacional en la Región, que representaron 22% de los eventos considerados a escala mundial en ese mismo período. En 31 de estos 55 eventos (56%), la fuente inicial de información fueron las autoridades nacionales, en 28 ocasiones por intermedio de los CNE. Cabe señalar que al momento de redactarse el presente informe aún no se había determinado la designación definitiva de dos de los 55 eventos considerados (4%), y se había solicitado y obtenido verificación con respecto a todos excepto uno de los eventos detectados mediante fuentes no gubernamentales. Por consiguiente, de los 52 eventos cuya designación definitiva se conocía, 29 (56%), que afectaban a 15 Estados Partes de la Región, eran de comprobada importancia internacional para la salud pública. La mayor parte de estos 29 eventos se atribuyó a riesgos infecciosos (27 eventos, es decir, 93%). Aunque sigue sin determinarse la etiología de dos de esos 27 eventos (7%), el agente causal con mayor frecuencia registrado fue el virus del sarampión (7 eventos). Los dos eventos restantes de comprobada importancia internacional para la salud pública guardaban relación con riesgos relacionados con la inocuidad de los alimentos y los animales.

5. Además de las actuales emergencias de salud pública de importancia internacional declaradas por la propagación del poliovirus salvaje y la circulación de poliovirus derivados de la vacuna,² entre el 1 de julio del 2017 y 30 de junio del 2018, y el brote de la enfermedad por el virus del Ébola en la República Democrática del Congo, por el cual se activó el Comité de Emergencias del RSI sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola en el 2018,³ los eventos agudos de salud pública que afectaron o tuvieron alguna implicación de salud pública para los Estados Partes de la Región de las Américas y la Oficina estuvieron relacionados principalmente con enfermedades prevenibles mediante vacunación, entre las cuales se encuentran las siguientes:

² La página web de Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en la que se puede consultar información sobre los eventos en curso y el contexto relacionados con la transmisión y la propagación internacional de poliovirus está disponible en el sitio web de la OMS en: http://www.who.int/ihr/ihr_ec_2014/en/ [en inglés].

³ La página web del Comité de Emergencias del RSI sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola está disponible en el sitio web de la OMS en <http://www.who.int/ihr/emergency-committee-ebola-2018/en/> [en inglés].

- a) *Fiebre amarilla:* El aumento de la actividad del virus de la fiebre amarilla en América del Sur a fines del 2015 dio lugar a un aumento inusitado del número de casos en la población humana y animal en Brasil a fines del 2016. Después de la distribución estacional observada en el 2017 y el 2018, el repunte en la actividad del virus de la fiebre amarilla en Brasil se ha propagado a diversas zonas a lo largo de la costa atlántica meridional que anteriormente no se consideraban en riesgo de transmisión del virus de la fiebre amarilla. Por ello, la Secretaría de la OMS amplió las zonas de riesgo de transmisión del virus de la fiebre amarilla para los viajeros internacionales que van a Brasil.⁴ Entre el 1 de julio del 2017 y el 30 de junio del 2018, Brasil notificó 1.266 casos humanos confirmados mediante pruebas de laboratorio. Esto incluyó 415 defunciones, lo que implica una tasa de letalidad de 33%. Los estados más afectados son Minas Gerais, Rio de Janeiro y São Paulo. Además de al menos tres casos de fiebre amarilla detectados en viajeros internacionales que visitaron Brasil, se detectaron casos de fiebre amarilla con antecedentes de viaje a Brasil, y sin antecedentes de haber sido vacunados por fiebre amarilla, en Argentina (7 casos), Alemania (2 casos), Francia (7 casos), Países Bajos (1 caso), Reino Unido (1 caso), la República Checa (1 caso), Rumania (1 caso) y Suiza (1 caso). En el contexto de la escasez mundial de la vacuna antiamarílica, las intervenciones que las autoridades de salud brasileñas emprendieron como respuesta en los estados de Bahía, Rio de Janeiro y São Paulo constituyen la mayor campaña masiva de vacunación que jamás se haya realizado con una fracción de la dosis de la vacuna antiamarílica, pues estuvo dirigida a 17 millones de personas. Durante el período en consideración, las autoridades de salud peruanas notificaron diez casos de fiebre amarilla confirmados mediante pruebas de laboratorio en zonas en las que se sabe que hay riesgo de transmisión del virus de la fiebre amarilla.
- b) *Sarampión:* Desde mediados del 2017, Venezuela ha estado sumida en un brote de sarampión en todo el país, con casi 2.300 casos confirmados, incluidas cuando menos 35 muertes (para una tasa de letalidad de 2%), al 3 de junio del 2018 (2). Aunque la mayor parte de los casos notificados ocurrieron en el estado Bolívar y el Distrito Capital, también se han notificado casos en otros once estados, incluidos algunos en la frontera con Brasil, Colombia y Guyana. Las autoridades de salud venezolanas están poniendo en práctica el Plan de Respuesta Rápida Nacional al Sarampión, que contempla intensificar las intervenciones de vacunación. Al 30 de junio del 2018, se habían detectado casos de sarampión, confirmados mediante pruebas de laboratorio, importados de Venezuela, o relacionados con esos casos importados, en Colombia (34 casos), Ecuador (17 casos) y Brasil (465 casos, incluidas tres muertes, con casi 1.900 casos presuntos que están siendo investigados en los estados de Roraima y Amazonas). Las autoridades de salud de Brasil están realizando una campaña de vacunación en todos los municipios del estado de Roraima que incluye la vacunación de inmigrantes procedentes de Venezuela, y en cuatro municipios del estado de Amazonas. Además, se notificó la confirmación

⁴ La página web de la OMS sobre Viajes Internacionales y Salud está disponible en el sitio web de la OMS en: <http://www.who.int/ith/en/> [en inglés].

- preliminar mediante pruebas de laboratorio de casos de sarampión, o casos bajo investigación, en los siguientes estados: Mato Grosso (2 casos), Rio de Janeiro (13 casos), Rio Grande do Sul (6 casos) y Rondonia (3 casos). Las autoridades de salud de Perú han notificado dos casos de sarampión confirmados mediante pruebas de laboratorio asociados al genotipo D8 en pacientes sin antecedentes de viaje fuera del país. Además, en el primer semestre del 2018, las autoridades de salud detectaron casos de sarampión importado de Estados Partes fuera de la Región de las Américas confirmados mediante pruebas de laboratorio, así como algunos casos derivados de una limitada transmisión local relacionada, en Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (3 casos), Brasil (2 casos), Canadá (16 casos), Estados Unidos de América (90 casos), Guatemala (1 caso) y México (5 casos).
- c) *Difteria*: Hay brotes de difteria en Haití y Venezuela. En Haití, el brote comenzó en el 2014 y al 30 de junio del 2018, las autoridades nacionales de salud habían registrado en total 537 casos confirmados y presuntos, incluidas 81 muertes (una tasa de letalidad de 15%). Los casos notificados en los primeros seis meses del 2018 representan 31% de los casos registrados desde el comienzo del brote. En Venezuela, el brote empezó en julio del 2016 y al 22 de abril del 2018, las autoridades nacionales de salud habían registrado aproximadamente 1.800 casos confirmados y presuntos, incluidas 160 muertes (una tasa de letalidad de 9%) (2). Los casos notificados en los primeros cuatro meses del 2018 representan 21% de los casos registrados desde el comienzo del brote. Las autoridades nacionales de salud están poniendo en práctica varias medidas de control, incluida la vacunación. Entre el 1 enero y el 30 de junio del 2018, Brasil notificó cinco casos de difteria confirmados mediante pruebas de laboratorio, incluido uno importado de Venezuela, y Colombia notificó cinco casos confirmados mediante pruebas de laboratorio, también importados de Venezuela.
- d) *Malaria*: En el contexto de un aumento importante en el número de casos de malaria registrados en varios países del continente desde el 2015, Venezuela ha superado a Brasil como el país que más contribuye a la carga de la malaria en la Región, pues el número de casos de malaria en ese país pasó de 136.000 en el 2015 a 240.000 en el 2016, lo que implica un aumento de 75% (3). El número de casos de malaria aumentó aún más en el 2017 y se notificaron 406.200 casos de la enfermedad (2). Más de 75% de los casos notificados en el 2017 están asociados con la infección por el *Plasmodium vivax*. Aunque en el 2017 el estado Bolívar, en la frontera con Brasil y Guyana, seguía representando la mayor parte de los casos de malaria notificados en todo el país (64%), el brote de malaria se ha propagado a los estados Sucre y Amazonas, este último en la frontera con Brasil y Colombia. Los principales determinantes de la transmisión sostenida son, entre otros: a) el alto grado de vulnerabilidad y las condiciones de vida desfavorables de las personas en las zonas mineras; b) la intensa movilidad entre los municipios endémicos y otras zonas receptoras; y c) el difícil acceso a las comunidades afectadas en los estados Amazonas y Bolívar. Las limitaciones en la disponibilidad inmediata de tratamiento antimalárico y mosquiteros impregnados con insecticidas de larga duración, unidos a una menor capacidad de fumigar los espacios interiores con

insecticidas de acción residual menoscaban los esfuerzos por reducir la intensidad de la transmisión de la malaria en el país.

Capacidades básicas de los Estados Partes

6. En el 2018, 31 (88%) de los 35 Estados Partes de la Región de las Américas presentaron su informe a la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud. Belice, Granada, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas no cumplieron con esta obligación. Desde el 2011, cuando la Secretaría de la OMS propuso usar el formulario actual para que los Estados Partes presenten su informe anual a la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, 12 Estados Partes han cumplido sistemáticamente con la presentación de este documento cada año: Antigua y Barbuda, Barbados, Canadá, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Estados Unidos de América, Guyana, Honduras, Jamaica y México. En el anexo se presenta información sobre el grado de cumplimiento de este compromiso por parte del resto de los Estados Partes.

7. En los informes anuales que los Estados Partes presentaron a la Asamblea Mundial de la Salud entre el 2011 y el 2018 se observa que a nivel regional hubo una mejora constante o un estancamiento en todas las capacidades básicas. Cuando se comparan los informes anuales del 2018⁵ con los presentados en el 2017, se observa que hay una variación de alrededor de seis puntos porcentuales en la puntuación regional promedio correspondiente a todas las capacidades básicas. La puntuación regional promedio más alta, 92%, sigue siendo para eventos asociados con riesgos zoonóticos. Las capacidades básicas de recursos humanos y las capacidades básicas para responder a eventos asociados con riesgos químicos tienen las puntuaciones más bajas: 65% y 63%, respectivamente. Cabe señalar que, desde que se introdujo este formulario de notificación en el 2011, la puntuación regional promedio correspondiente a la capacidad básica para responder a eventos relacionados con la radiación se ubicó por encima de 70%. La puntuación regional promedio del resto de las capacidades básicas está cerca o por encima de 80%. Sin embargo, el estado de las capacidades básicas en las distintas subregiones continúa siendo heterogéneo, y las puntuaciones más bajas se registran en la subregión del Caribe. Cuando se comparan las puntuaciones que presentaron los Estados Partes en los informes anuales del 2018 con las que presentaron en el informe del 2017, se observa que 18 (60%) de los 30 Estados Partes pudieron mantener o mejorar las puntuaciones al menos en 10 de las 13 capacidades básicas. En el anexo también se presenta un resumen de los informes anuales de los Estados Partes a la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud.⁶

⁵ Debido a un problema de gestión de la información técnica, el informe anual de Estado Parte presentado por Jamaica a la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud no se incluyó en los análisis regionales y subregionales presentados en el presente informe.

⁶ La información histórica y de otro tipo sobre los informes anuales que los Estados Partes presentan a la Asamblea Mundial de la Salud está disponible en el repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS en el sitio web de la OMS: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.IHR?lang=en> [en inglés].

8. En el período entre el 1 de julio del 2017 y el 30 de junio del 2018, la Oficina realizó misiones y talleres a nivel regional, subregional, multinacional y de país a fin de brindar apoyo a los esfuerzos realizados por las autoridades nacionales para avanzar en el proceso continuo de preparación en materia de salud pública, los cuales estuvieron centrados, entre otras cosas, en lo siguiente: *a)* la función de alerta temprana del sistema de vigilancia; *b)* las funciones de los CNE (Reunión Regional de los Centros Nacionales de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional, que se realizó en Miami [Florida], del 28 al 30 de noviembre del 2017, e incluyó a los puntos de contacto para emergencias de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos [INFOSAN]);⁷ *c)* los medios de diagnóstico de laboratorio y los laboratorios de salud pública; *d)* la prevención y el control de infecciones; *e)* la comunicación de riesgos; *f)* los equipos de respuesta rápida; *g)* los puntos de entrada; *h)* los exámenes posteriores a la acción (Taller para la elaboración de una herramienta a fin de realizar exámenes posteriores a la acción, incluida una plataforma electrónica, celebrado en Brasilia [Brasil], del 29 de enero al 2 de febrero del 2018, con la participación del Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud [ISAGS]); *i)* simulacros (Brasil y Chile); *j)* la respuesta a los riesgos químicos (taller subregional del Caribe sobre preparativos y respuesta ante eventos agudos relacionados con riesgos químicos, realizado en Puerto España [Trinidad y Tabago] del 30 de octubre al 1 de noviembre del 2017 y organizado conjuntamente por la Oficina y el Centro Colaborador de la OMS para el Manejo de Salud Pública de la Exposición a Sustancias Químicas, que se encuentra en Public Health England [Reino Unido]). Además, la colaboración entre la Oficina y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) ha proseguido en el marco de varios proyectos a gran escala centrados en la subregión del Caribe. Al 30 de junio del 2018, Saint Kitts y Nevis y Suriname eran los únicos dos Estados Partes de la Región de las Américas que no habían solicitado ser miembros de la OIEA.⁸

9. A raíz de una reunión entre la Oficina Sanitaria Panamericana y la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental que se celebró en Washington, D.C., del 18 al 20 de diciembre del 2017, se redactaron propuestas para abordar los desafíos relacionados con el establecimiento, el mantenimiento y el seguimiento de las capacidades básicas en los pequeños Estados insulares en desarrollo. Además, el 21 de marzo del 2018 la Oficina participó en una actividad informal similar promovida conjuntamente por los Estados Partes europeos con territorios de ultramar en la Región de las Américas (Francia, Países Bajos y el Reino Unido).

Requisitos administrativos y gobernanza

10. Al 30 de junio del 2018, 487 puertos en 27 Estados Partes de la Región de las Américas estaban autorizados a emitir certificados de sanidad a bordo.⁹ También estaban

⁷ La página web de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) está disponible en el sitio web de la OMS en: http://www.who.int/foodsafety/areas_work/infosan/es/.

⁸ La lista de Estados Miembros de la OIEA puede consultarse en el sitio web de la organización: <https://www.iaea.org/es/el-oiea/lista-de-estados-miembros>.

⁹ La lista de puertos autorizados para emitir certificados de sanidad a bordo puede consultarse en el sitio web de la OMS en: http://www.who.int/ihr/ports_airports/portslanding/es/.

autorizados otros nueve puertos en seis territorios de ultramar de los Países Bajos y el Reino Unido. Sin embargo, con respecto a la certificación voluntaria de los aeropuertos y puertos designados, al 30 de junio del 2018 la OMS no había proporcionado a las oficinas regionales los procedimientos finalizados para tal certificación.

11. Al 30 de junio del 2018, en la Lista de Expertos del RSI había 481 expertos, 121 de los cuales son de la Región de las Américas. Entre ellos se encuentran expertos designados por 10 de los 35 Estados Partes de la Región: Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Cuba, Estados Unidos de América, México, Nicaragua, Paraguay y Venezuela.

12. Después de la encuesta que realizó la Oficina Sanitaria Panamericana en el 2017 para recopilar información sobre los requisitos para emitir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, con el comprobante de vacunación contra la fiebre amarilla como condición para que los viajeros internacionales entren o salgan de cualquier país específico de la Región, la Secretaría de la OMS modificó el cuestionario para actualizar la publicación de la OMS *Viajes internacionales y salud* en el 2018. Veintiún (60%) de los 35 Estados Partes de la Región respondieron la encuesta mundial.¹⁰

13. Conforme a lo establecido en la resolución WHA68.4 (4) con el propósito de garantizar un proceso participativo en la cartografía de las zonas en riesgo de transmisión de fiebre amarilla, en diciembre del 2015 se creó el grupo consultivo científico-técnico sobre cartografía geográfica del riesgo de fiebre amarilla, en el cual participan expertos de cinco países de la Región: Argentina, Brasil, Estados Unidos de América, Panamá y Trinidad y Tabago.¹¹ Desde su creación, este grupo consultivo ha realizado siete reuniones virtuales. Tras la consulta técnica sobre la armonización del método de evaluación de los riesgos de fiebre amarilla y la cartografía de riesgos, que se realizó en Ginebra (Suiza) los días 14 y 15 de diciembre del 2017, se asignó a la Oficina Sanitaria Panamericana la tarea de coordinar el trabajo para cartografiar la fiebre amarilla a escala mundial.

14. Uno de los temas fundamentales con respecto a la gobernanza del RSI es el seguimiento de su aplicación, implementación y cumplimiento. Sobre la base del documento de información *Elaboración de un proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública: Consulta con los Estados Miembros*, elaborado por la Secretaría de la OMS de conformidad con la decisión WHA70(11) (5) y presentado en el anexo B del documento CSP29/INF/6 (6), se realizó una consulta mundial con los Estados Miembros dividida en tres pasos, que fueron: a) las sesiones que realizaron los seis comités regionales de la OMS en el 2017; b) una consulta en línea que se realizó entre el 19 de septiembre y el 13 de octubre del 2017, en la cual 11 (31%) de los 35 Estados Partes de la Región dieron sus observaciones; y c) una

¹⁰ Los requisitos actualizados del certificado internacional de vacunación o profilaxis, establecidos por los Estados Partes, pueden consultarse en la página web de la OMS sobre Viajes Internacionales y Salud, disponible en el sitio web de la OMS en: <http://www.who.int/ith/en/> [en inglés].

¹¹ La página web del grupo consultivo científico-técnico sobre cartografía geográfica del riesgo de fiebre amarilla puede consultarse en el sitio web de la OMS en: <http://www.who.int/ith/yellow-fever-risk-mapping/en/> [en inglés].

consulta presencial con los Estados Miembros en Ginebra (Suiza) el 8 de diciembre del 2017, a la cual asistieron los representantes de las misiones permanentes ante las Naciones Unidas en Ginebra.

15. Con respecto al proceso consultivo mundial, en el anexo I del documento EB142/10 (7) del Consejo Ejecutivo de la OMS en su 142.^a reunión, que se realizó en enero del 2018, se presentó el *Proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública, 2018-2023*. La posición que expresaron los Estados Partes de la Región de las Américas en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana con respecto a la formulación del proyecto de plan estratégico mundial quinquenal se reflejó con exactitud en el párrafo 7 del documento EB142/34¹² (8). No obstante, sin referirse explícitamente al marco de seguimiento y evaluación del RSI (9, 10) en conjunto, el proyecto de plan presentado en el documento EB142/10 abarcó los cuatro componentes del marco: uno obligatorio (la presentación de informes anuales por parte de los Estados Partes) y tres voluntarios (examen posterior a la acción de eventos de salud pública, simulacros y evaluaciones externas conjuntas).

16. El Consejo Ejecutivo de la OMS en su 142.^a reunión adoptó, sin cambios en el texto propuesto en el anexo 2 del documento EB142/10, la decisión EB142(1) (11), en la cual se recomienda que la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2018 apruebe el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal. El proyecto de plan, que también incorpora los productos entregables y los indicadores modificados, se presentó a la Asamblea Mundial de la Salud como el anexo del documento A71/8 (12). Luego de un intenso debate, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Decisión WHA71(15) (13), que difiere significativamente del texto de la decisión EB142(1). La Asamblea Mundial de la Salud decidió “acoger con agrado” en lugar de “aprobar” el proyecto de plan, al subrayar que el proyecto de plan “no entraña el establecimiento de obligaciones jurídicamente vinculantes para los Estados Miembros”. Sin embargo, la ejecución de todos los componentes del proyecto de plan ya se refleja en las resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS (14-17).

17. En la 142.^a sesión del Consejo Ejecutivo, la Secretaría de la OMS propuso presentar a la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud, junto con el proyecto de plan, la versión revisada del instrumento proporcionado a los Estados Partes para que presenten su informe anual a la Asamblea Mundial de la Salud. Con ese fin, la Secretaría de la OMS inició una consulta con los Estados Partes dividida en dos pasos: *a*) una consulta por correo electrónico que se realizó en las primeras dos semanas de marzo del 2018, en la cual 9 (26%) de los 35 Estados Partes de la Región dieron sus observaciones; y *b*) una reunión presencial, con representantes de determinados Estados Partes de cada una de las seis regiones de la OMS,

¹² “El Comité Regional para las Américas destacó que el pilar estratégico 1 debería vincular las capacidades básicas exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) con funciones de salud pública esenciales y reflejar las variaciones existentes entre los Estados Partes con respecto a la madurez de sus sistemas de salud y su estado de aplicación del Reglamento. Hubo amplio acuerdo en que el marco de monitoreo y evaluación del RSI (2005) debería presentarse como documento independiente, aparte del proyecto de plan estratégico mundial, para su consideración y adopción por la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2018” (documento EB142/34, párrafo 7).

que se realizó para llevar a cabo la consulta técnica sobre la versión revisada del instrumento de autoevaluación para la presentación de los informes anuales por parte de los Estados Partes conforme a lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), que se realizó en Ginebra (Suiza) el 7 y 8 de marzo del 2018. Los representantes de los Estados Partes de la Región de las Américas (Argentina, Brasil, Estados Unidos de América, México, Perú y Uruguay) participaron en la sesión; además, se proporcionó a todos los Estados Partes de la Región la información necesaria para participar en el debate a distancia. Trinidad y Tabago participó en la reunión por medio de la conexión remota. La versión revisada del instrumento proporcionado a los Estados Partes para que presenten su informe anual a la Asamblea Mundial de la Salud a partir de la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2019 se publicó en el sitio web de la OMS en mayo del 2018.¹³ Cabe señalar que, aunque según lo previsto en el párrafo 1 del artículo 54 del RSI y la resolución WHA61.2 (18), la presentación anual del informe por los Estados Partes ante la Asamblea Mundial de la Salud continúa siendo el único requisito legal, y el uso de la versión revisada del instrumento es absolutamente voluntario.

18. Luego de las evaluaciones externas conjuntas realizadas en la Región de las Américas en los años 2015 y 2016 (10), Canadá realizó una evaluación externa conjunta en junio del 2018. Cinco Estados Partes incluyeron evaluaciones externas conjuntas en el plan de trabajo bienal 2018-2019 elaborado con la Oficina, y otros cuatro expresaron su intención de realizar una evaluación externa conjunta en el bienio 2018-2019.

Medidas necesarias para mejorar la situación

19. El RSI constituye una herramienta para apoyar, sin inconvenientes y desde el nivel nacional hasta el nivel internacional, el proceso continuo e intersectorial de preparación en el ámbito de la salud pública, para así responder de manera conjunta a los eventos agudos de salud pública. Desde que el Reglamento entró en vigor en el 2007, el estado de las capacidades básicas nacionales, la frecuencia y el volumen de las interacciones entre los Estados Partes y el punto de contacto del RSI de la OMS con respecto a los eventos agudos de salud pública, y el nivel de participación de los Estados Partes en los procesos de gobernanza observados en la Región de las Américas parecen indicar que se está registrando un cambio cultural en los Estados Partes del RSI en cuanto a la transparencia y la rendición de cuentas mutua, lo que subraya la relevancia del RSI como herramienta de gobernanza mundial.

20. Considerando lo anterior, aún son válidas las acciones necesarias para mejorar la situación descritas en el documento CSP29/INF/6 (6), que se presentó a la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- a) Se debe promover la causa a diferentes niveles a fin de armonizar las interpretaciones y aspiraciones de los Estados Partes para superar las ideas erróneas que pueden estar obstaculizando la aplicación, la implementación y el

¹³ Instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272956/WHO-WHE-CPI-2018.16-spa.pdf?sequence=1>

cumplimiento del RSI. Estas intervenciones deben centrarse particularmente en tender puentes de comunicación entre los niveles técnicos y los responsables de tomar decisiones de un país.

- b) Con una frecuencia cada vez mayor se entiende que el RSI es un mecanismo para fortalecer y aumentar la sostenibilidad de: *a)* las funciones esenciales de salud pública a nivel nacional, como la planificación y el financiamiento, que en gran parte ya se encuentran establecidas y son operativas, aunque en distintos grados, dentro de los sistemas nacionales de salud; y *b)* los mecanismos nacionales intersectoriales. Por otra parte, especialmente a nivel político, el RSI se sigue percibiendo a menudo como una disciplina técnica nueva, cuyos requisitos e implicaciones se limitan al sector de la salud y se refieren principalmente a las “crisis” y obligaciones en el ámbito de la salud pública, con connotaciones que de alguna manera son punitivas. En consonancia con el alcance y el propósito del RSI, esto justifica que se realicen intervenciones a nivel nacional para demostrar la costoeficacia de la asignación sostenida de recursos para fortalecer las funciones esenciales de salud pública, en contraposición a simplemente responder a los eventos agudos de salud pública a medida que ocurren, una estrategia de altos costos y consecuencias económicas.
- c) Aunque en el RSI se establecen los mecanismos para que haya una rendición mutua de cuentas, así como requisitos para vigilar la ejecución y el cumplimiento de los Estados Partes, la aplicación de los cuatro elementos del marco de seguimiento y la evaluación del RSI debe ajustarse conforme a las necesidades de los Estados Partes de la Región (por ejemplo, los pequeños Estados insulares en desarrollo).

Intervención del Consejo Directivo

- 21. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota del presente informe y haga las recomendaciones que considere pertinentes.

Anexo

Referencias

- 1. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. 162.^a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS; del 18 al 22 de junio del 2018; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2018 (documento CE162/INF/8) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45122&Itemid=270&lang=es.
- 2. Organización Panamericana de la Salud. Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros

vecinos [Internet]. 162.^a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS; del 18 al 22 de junio del 2018; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2018 (documento CE162/INF/22, Rev. 1) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45497&Itemid=270&lang=es

3. World malaria report 2017. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259492/1/9789241565523-eng.pdf>.
4. Organización Mundial de la Salud. Cartografía del riesgo de fiebre amarilla y recomendaciones de vacunación para los viajeros [Internet]. 68.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 18 al 26 de mayo del 2015; Ginebra. Ginebra: OMS; 2015 (resolución WHA68.4) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R4-sp.pdf.
5. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 70.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 22 al 31 de mayo del 2017; Ginebra. Ginebra: OMS; 2017 (decisión WHA70[11]) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70-REC1/A70_2017_REC1-en.pdf#page=61
6. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional [Internet]. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (documento CSP29/INF/6) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41896&Itemid=270&lang=es
7. Organización Mundial de la Salud. Preparación y respuesta de salud pública: Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 142.^a reunión del Consejo Ejecutivo; del 22 al 27 de enero del 2018, Ginebra. Ginebra: OMS; 2018 (documento EB142/10) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_10-sp.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Informe de los comités regionales al Consejo Ejecutivo [Internet]. 142.^a reunión del Consejo Ejecutivo; del 22 al 27 de enero del 2018, Ginebra. Ginebra: OMS; 2018 (documento EB142/34) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_34-sp.pdf.

9. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 23 al 28 de mayo del 2016; Ginebra. Ginebra: OMS; 2016 (documento A69/20) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-sp.pdf.
10. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. 55.^o Consejo Directivo de la OPS, 68.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, D.C. Washington, D.C: OPS; 2016 (documento CD55/12, Rev. 1) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36187&Itemid=270&lang=es.
11. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública, 2018–2023 [Internet]. 142.^a reunión del Consejo Ejecutivo; del 22 al 27 de enero del 2018, Ginebra. Ginebra: OMS; 2018 (decisión EB142[1]) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en:
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142\(1\)-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142(1)-sp.pdf).
12. Organización Mundial de la Salud. Preparación y respuesta en materia de salud pública [Internet]. 71.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 21 al 26 de mayo del 2018, Ginebra. Ginebra: OMS; 2018 (documento A71/8) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_8-sp.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública, 2018-2023 [Internet]. 71.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 21 al 26 de mayo del 2018, Ginebra. Ginebra: OMS; 2018 (decisión WHA71[15]) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en:
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71\(15\)-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71(15)-sp.pdf)
14. Organización Panamericana de la Salud. Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (resolución CSP29.R6) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42308&Itemid=270&lang=es

15. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 [Internet]. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (resolución CSP29.R6) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42293&Itemid=270&lang=es
16. Organización Mundial de la Salud. Presupuesto por programas 2018-2023 [Internet]. 70.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 22 al 31 de mayo del 2018, Ginebra. Ginebra: OMS; 2017 (resolución WHA71.1) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R5-sp.pdf
17. Organización Mundial de la Salud. 13.^o Programa General de Trabajo 2019-2023 [Internet]. 71.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 21 al 26 de mayo del 2018, Ginebra. Ginebra: OMS; 2018 (resolución WHA71.1) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R1-sp.pdf
18. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional [Internet]. 61.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 19 al 24 de mayo del 2008, Ginebra. Ginebra: OMS; 2008 (resolución WHA61.2) [consultado el 9 de julio del 2018]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part2-sp.pdf

Anexo

**Cuadro resumido: Informes anuales de los Estados Partes a la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud
(puntuación con respecto a las capacidades básicas en porcentajes)**

Estado Parte	Prórroga 2014-2016 solicitada y obtenida	Número de informes anuales presentados del 2011 al 2018 (8 años)	Número de capacidades básicas cuya puntuación respecto al 2017 se mantuvo igual o mejoró	Legislación, políticas y financiamiento	Coordinación y comunicación con CNE	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Eventos zoonóticos	Inocuidad de los alimentos	Emergencias químicas	Emergencias radiológicas
Antigua y Barbuda	sí	8	5/13	75	40	90	77	55	71	80	88	86	89	100	46	23
Argentina	no	7	8/13	50	57	80	49	55	57	40	96	97	78	93	85	77
Bahamas	sí	6	13/13	75	83	100	76	62	100	40	96	78	78	93	77	54
Barbados	sí	8	10/13	100	100	95	94	100	100	80	92	100	100	73	85	77
Belice	sí	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	sí	7	6/13	100	63	100	81	80	43	40	90	88	100	100	15	92
Brasil	no	7	8/13	100	90	90	100	100	100	100	92	97	89	100	92	100
Canadá	no	8	13/13	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chile	no	7	11/13	100	100	90	100	90	71	60	70	83	100	100	54	69
Colombia	no	8	10/13	100	100	95	81	100	100	60	80	92	89	80	85	85
Costa Rica	no	8	8/13	75	100	95	83	82	100	80	76	88	100	100	77	77
Cuba	no	7	12/13	100	100	100	100	100	100	100	100	91	100	100	100	100
Dominica	sí	8	10/13	50	100	65	83	60	100	40	58	30	100	100	8	8
Ecuador	sí	8	10/13	100	100	90	58	53	100	40	83	86	100	73	69	100
El Salvador	no	7	11/13	100	100	100	100	72	57	100	100	97	100	100	92	85
Estados Unidos de América	no	8	13/13	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Granada	sí	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	no	7	8/13	0	37	90	82	72	14	60	66	41	100	60	38	92
Guyana	sí	8	12/13	100	100	95	100	100	100	100	100	46	100	80	77	54
Haití	sí	6	13/13	50	63	85	64	73	71	40	80	9	100	40	69	54

Estado Parte	Prórroga 2014-2016 solicitada y obtenida	Número de informes anuales presentados del 2011 al 2018 (8 años)	Número de capacidades básicas cuya puntuación respecto al 2017 se mantuvo igual o mejoró	Legislación, políticas y financiamiento	Coordinación y comunicación con CNE	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Eventos zoonóticos	Inocuidad de los alimentos	Emergencias químicas	Emergencias radiológicas
Honduras	sí	8	5/13	50	73	90	94	43	71	60	68	29	89	67	77	100
Jamaica ¹	sí	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
México	no	8	10/13	100	70	95	94	100	100	100	96	88	100	100	85	100
Nicaragua	no	7	12/13	75	83	100	88	100	100	100	90	75	100	80	92	100
Panamá	sí	7	13/13	100	100	100	88	60	71	60	96	72	100	60	15	62
Paraguay	sí	6	11/13	100	100	85	89	43	100	60	76	100	78	67	38	69
Perú	sí	6	6/13	50	100	100	77	35	71	60	100	9	100	53	8	92
República Dominicana	sí	7	5/13	75	47	90	45	55	100	40	62	63	22	53	0	62
Saint Kitts y Nevis	sí	5	13/13	0	20	45	94	92	100	0	92	43	67	80	15	23
Santa Lucía	sí	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	sí	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	sí	7	10/13	50	83	90	94	70	86	40	86	83	100	93	54	0
Trinidad y Tabago	sí	7	8/13	50	63	70	77	100	86	0	78	88	78	80	69	92
Uruguay	no	4	12/13	100	100	95	94	100	100	60	56	91	100	100	77	62
Venezuela (República Bolivariana de)	sí	7	13/13	100	90	95	100	100	86	100	90	94	100	87	100	85

¹ Debido a un problema de gestión de la información técnica, el informe anual de Estado Parte presentado por Jamaica a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud no se incluyó en los análisis subregionales y regionales presentados en el este informe.

**Cuadro resumido: Informes anuales de los Estados Partes ante la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud
(puntuación con respecto a las capacidades básicas en porcentajes) (cont.)**

Subregión	Legislación nacional, políticas y financiamiento	Coordinación y comunicación con CNE	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Eventos zoonóticos	Inocuidad de los alimentos	Emergencias químicas	Emergencia radiológicas
Caribe * (n=10)	65	73	79	77	72	81	52	78	61	84	76	58	46
Centroamérica** (n=7)	68	77	95	83	69	73	71	80	66	87	74	56	82
América del Sur*** (n=10)	90	90	92	83	76	83	62	83	84	93	85	62	83
América del Norte**** (n=3)	100	90	98	98	100	100	100	99	96	100	100	95	100
Región de las Américas (n=30)	78	82	91	85	78	85	65	85	75	92	84	63	73

* La subregión del Caribe incluye: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, y Trinidad y Tabago.

** La subregión de Centroamérica incluye: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.

*** La subregión de América del Sur incluye: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

**** La subregión de América del Norte incluye: Canadá, Estados Unidos de América y México.

- - -