

54.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015

Punto 7.4 del orden del día provisional

CD54/INF/4
14 de julio del 2015
Original: inglés

EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL Y LA ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL ÉBOLA

Introducción

1. El presente informe tiene como propósito brindar una actualización sobre el estado de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (el “RSI” o “Reglamento”). Además, en él se ofrece información actualizada con respecto al informe presentado en el 2014 al 53.º Consejo Directivo (1) se centra en las actividades de preparación y respuesta emprendidas por los Estados Partes y la Oficina Sanitaria Panamericana (la “OSP” u “Oficina”) en respuesta a la emergencia de salud pública de importancia internacional relacionada con la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), y se ponen de relieve algunos temas que requieren de una acción concertada por parte de los Estados Partes de la Región de las Américas para la aplicación futura del Reglamento.

Análisis de la situación

2. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) funciona como el Punto de Contacto del RSI de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Región de las Américas y facilita el manejo de los eventos de salud pública por los canales de comunicación establecidos con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI. En el 2014, los 35 Estados Partes de la Región presentaron la actualización o confirmación anual de la información de contacto de su Centro Nacional de Enlace para el RSI. Las pruebas rutinarias de conectividad realizadas en el 2014 entre el Punto de Contacto de la OMS para el RSI y el Centro Nacional de Enlace para el RSI en la Región fueron exitosas en 34 de los 35 Estados Partes (97%) por correo electrónico y en 33 de los 35 Estados Partes (94%) por teléfono.

3. En el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2014, se detectaron y evaluaron en la Región 121 eventos de salud pública de posible importancia internacional. En 92 de estos 121 eventos (76%), las autoridades sanitarias nacionales fueron la fuente inicial de información, por intermedio del Centro Nacional de Enlace para el RSI en 75 ocasiones. Se solicitó y se obtuvo verificación con respecto a 18 eventos detectados mediante fuentes informales u oficiosas. De los 121 eventos

analizados, 63 de ellos (51%), que afectaron a 29 países y territorios de la Región, fueron considerados de comprobada importancia internacional para la salud pública. La mayor parte de estos 63 eventos se atribuyó a riesgos infecciosos (42 eventos, 67%) y la etiología que se registró con mayor frecuencia fue el virus del chikunguña (21 eventos). Los 21 eventos restantes considerados de importancia internacional para la salud pública se atribuyeron a los siguientes riesgos: inocuidad de los alimentos (9), relativos a las zoonosis (5), relativos a los productos (3), relacionados con desastres (2), eventos químicos (1) y relativos a la radiación (1).

4. A continuación se indican los principales eventos de salud pública que afectaron o tuvieron alguna repercusión de salud pública para los Estados Partes de la Región de las Américas del 1 de enero del 2014 al 20 de marzo del 2015.

- a) Desde que el Comité de Emergencias del RSI sobre la propagación internacional de poliovirus salvajes se reunió por primera vez en abril del 2014 y que, posteriormente, la Directora General de la OMS declarase que la propagación internacional de poliovirus salvajes constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional, el Comité de Emergencias se ha reunido en otras cuatro ocasiones. En su última reunión de mayo del 2015, el Comité de Emergencias llegó a la conclusión de que la propagación de poliovirus salvajes aun constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional, por lo que se mejoraron las recomendaciones transitorias y se prorrogaron por otros tres meses haciendo hincapié en los Estados Partes clasificados como sigue: *i*) aquellos países que están exportando actualmente poliovirus salvajes; *ii*) aquellos países que registran infecciones por poliovirus salvajes, pero que no están exportando actualmente el virus, y *iii*) aquellos países que ya no registran infecciones por poliovirus salvajes, pero siguen siendo vulnerables a la propagación internacional. La OPS sigue recomendando que los Estados Partes de la Región de las Américas apliquen las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación para mantener a esta Región libre de poliovirus salvajes.
- b) Los dos casos confirmados, no vinculados epidemiológicamente entre ellos, de infección por coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) que se registraron en los Estados Unidos en mayo del 2014 siguen siendo los únicos casos detectados en la Región de las Américas. El MERS-CoV empezó a transmitirse en el 2012 y, al 12 de julio del 2015, se habían notificado a la OMS más de 1.300 casos, incluidos casi 500 casos mortales. Aunque la mayoría de los casos ocurrieron en la Región del Mediterráneo Oriental, donde el Reino de Arabia Saudita registró aproximadamente 75% de ellos, la República de Corea del Sur es el segundo país más afectado, con 186 casos, incluidas 35 defunciones, todos vinculados epidemiológicamente a una persona con infección por MERS-CoV confirmada y antecedentes de viaje a la Región del Mediterráneo Oriental en mayo del 2015. A nivel mundial, se han notificado casos confirmados de infección por MERS-CoV en 26 Estados Partes de todo el mundo, incluidos 13 con transmisión local documentada. En respuesta a la

- propagación del MERS-CoV, la Directora General convocó un Comité de Emergencias del RSI sobre el MERS-CoV, y dicho comité se reunió en nueve ocasiones entre julio del 2013 y junio del 2015. El asesoramiento prestado por este Comité de Emergencias, comunicado a todos los Estados Partes, no llevó a la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional por parte de la Directora General.
- c) El virus del chikunguña se detectó por primera vez en diciembre del 2013 en la subregión del Caribe. Al 10 de julio del 2015, la transmisión autóctona de este virus se había documentado en 30 Estados Partes y 15 territorios de todas las subregiones. En cuatro Estados Partes (Argentina, Canadá, Chile y Cuba) y un territorio (Bermudas) se notificaron casos importados. Entre la detección de su introducción en la Región de las Américas y el 10 de julio del 2015, se registraron más de 1,5 millones de casos, incluidos más de 238 mortales, en esta Región. Se puede encontrar más información al respecto en el *Informe sobre la transmisión del virus del chikunguña y su repercusión en la Región de las Américas* (documento CD54/INF/3 [2015]).
- d) Luego de la reemergencia en el 2007 de la transmisión vectorial del virus zika en la Región del Pacífico Occidental, en el 2014 fue confirmado un caso de transmisión autóctona del virus zika en la Isla de Pascua (Chile). En febrero del 2015, las autoridades sanitarias de Brasil empezaron a investigar casos de enfermedades exantemáticas en los estados del nordeste, que hacia finales de abril del 2015, se acercaban a casi 7.000. La investigación condujo a la confirmación por laboratorio de la transmisión autóctona del virus zika en mayo del 2015, lo cual representó la primera transmisión documentada en la plataforma continental de las Américas. Hasta el 10 de junio del 2015, la circulación del virus zika se había confirmado en ocho estados del Brasil.
- e) En marzo del 2014 se notificaron a la OMS los primeros casos de EVE en Guinea. El brote se propagó rápidamente a los países vecinos de Liberia y Sierra Leona, incluidas también las ciudades capitales de los tres países. El vertiginoso y descontrolado aumento del brote, que alcanzó una magnitud sin precedentes e imprevista con más de 27.500 casos y más de 11.000 defunciones al 5 de julio del 2015 en los tres países de África occidental que todavía registran transmisión, llevó a que el 6 de agosto del 2014 se convocase un Comité de Emergencias del RSI acerca de este brote y, de acuerdo con su asesoramiento, la Directora General determinó que el brote de EVE en África occidental constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional. Esta declaración implicó que se emitieran recomendaciones temporales subdivididas en tres subconjuntos aplicables a los países de todo el mundo, según su estado epidemiológico específico y de riesgo de la EVE. Hasta el 20 de marzo del 2015, se habían registrado otros 35 casos de EVE, incluidos 15 mortales, en otros seis países (España, Estados Unidos, Malí, Nigeria, Reino Unido y Senegal). Los casos registrados en estos países, todos libres de EVE al 20 de marzo del 2015, fueron resultado de importación o transmisión local, y uno de los dos casos importados

en los Estados Unidos condujo a transmisión intrahospitalaria a dos trabajadores de salud. Además de los casos confirmados de EVE en los Estados Unidos, al 20 de marzo del 2015, se investigaron casos en ocho países de la Región de las Américas (Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, El Salvador, Estados Unidos, Honduras y México) que presentaban un cuadro compatible con la EVE y, posteriormente, se determinó que no se trataba de esta enfermedad. Desde su primera reunión en agosto del 2014, el Comité de Emergencias se ha reunido en otras cinco ocasiones y se han ajustado aún más las recomendaciones transitorias. Como se destacó además en las misiones a los países organizadas por la OPS para apoyar los preparativos relacionados con la EVE en 26 Estados Partes de la Región, una inquietud ha sido la adopción de medidas de salud pública que pusiesen trabas innecesarias a los viajes y el comercio internacional, y que contraviniesen alguna de las recomendaciones transitorias. Sobre la base del artículo 43 del Reglamento,¹ se solicitó por lo menos a 14 Estados Partes de la Región que proporcionasen la justificación de salud pública de la adopción de tales medidas. Entre julio del 2014 y marzo del 2015, 17 funcionarios de la Oficina se trasladaron a África occidental a fin de brindar apoyo a los esfuerzos de respuesta. El compromiso de la comunidad internacional de redoblar esfuerzos a fin de controlar el brote de EVE en África occidental se cristalizó en la resolución EBSS3.R1 (2) y en la decisión WHA68(10) (3). En esta última también se pide a la Directora General que establezca un Comité de Examen del RSI para examinar el funcionamiento del RSI con respecto al brote de EVE; el trabajo del nuevo comité complementaría la labor del Grupo de expertos para la evaluación interina del ébola (4, 5). En los apartados que figuran a continuación se describen en mayor detalle los preparativos relacionados con la EVE emprendidos por los Estados Partes y por la Oficina en la Región.

5. A fines de julio del 2014, la Oficina intensificó considerablemente las actividades de apoyo a los Estados Partes en torno a los preparativos relacionados con la EVE, así como para mejorar su propio nivel de preparación en general. Se consideró que el escenario más probable para conducir las actividades de preparación era la introducción de un número extremadamente limitado de casos de EVE por medio del transporte aéreo, lo que era compatible con las recomendaciones transitorias aplicables a los países sin casos de EVE y procuraba, en último término, contener y prevenir el establecimiento de cadenas de transmisión local, reduciendo al mínimo cualquier interferencia innecesaria con los viajes y el comercio internacionales.

6. Las actividades iniciales emprendidas por la Oficina en torno a este apoyo incluyeron: a) la elaboración y difusión de directrices técnicas,² incluidos protocolos para el envío de muestras con el propósito de realizar pruebas confirmatorias a los centros

¹ El texto completo del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado mediante la resolución WHA58.3, se puede encontrar en: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf?ua=1.

² Se pueden encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10137&Itemid=41116&lang=es.

colaboradores de la OMS en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en Atlanta (Georgia, Estados Unidos) y el Organismo de Salud Pública de Canadá (PHAC) en Winnipeg; *b*) la organización de reuniones virtuales con las autoridades nacionales competentes de diferentes disciplinas y sectores con respecto a la aplicación de las recomendaciones transitorias; *c*) la intensificación de la interacción con instituciones y organizaciones asociadas en el ámbito internacional, incluida la Asociación del Transporte Aéreo Internacional, la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI), la Asociación Internacional de Líneas de Cruceros, el Organismo de Salud Pública del Caribe, las dependencias gubernamentales de los Estados Unidos y PHAC; *d*) la creación de un acopio regional de equipos de protección personal en el depósito de la OPS en Panamá; *e*) el establecimiento de un grupo de trabajo de la OPS sobre la EVE que incluye a miembros de personal de nivel superior a diferentes niveles organizacionales; *f*) la activación de un mecanismo de manejo de incidentes; *g*) la impartición de capacitaciones a nivel nacional, subregional y regional sobre el manejo clínico, la bioseguridad de laboratorio y la comunicación de riesgos; y *h*) la elaboración del marco de la OPS para el fortalecimiento de la preparación y respuesta a nivel nacional para la EVE en la Región de las Américas, que puede también aplicarse a cualquier enfermedad infecciosa emergente o reemergente (6).

7. A fin de prestar un apoyo eficaz y sostenible a las autoridades nacionales, las actividades de la Oficina descritas en el marco de la OPS para la EVE se adaptaron al contexto de cada país y abarcaron tres fases (preparación, misiones a los países y seguimiento), que requerían medidas tanto a nivel político como técnico.

- a) La fase preparatoria se centró en un examen de los documentos técnicos y la infraestructura existentes por parte de las autoridades nacionales y las representaciones de la OPS/OMS a fin de determinar las brechas y las necesidades que requerían de la prestación de cooperación técnica adicional por medio de misiones a los países. A fin de disminuir el temor relacionado con la EVE alimentado por los medios de comunicación y sentar las bases para la aplicación de las recomendaciones resultantes de las misiones a los países, la Directora de la OPS envió cartas a las autoridades nacionales al nivel más alto y se estableció contacto con los líderes del Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización de los Estados Americanos, el Banco Mundial, organismos donantes, y el Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo para América Latina y el Caribe.
- b) Entre octubre del 2014 y marzo del 2015, la Oficina dirigió misiones técnicas multidisciplinarias (con una duración de tres días en promedio) a 25 Estados Partes, que involucraron a varios asociados institucionales. Las observaciones específicas sobre cada país que hicieron los equipos de la misión posteriormente se transmitieron a los jefes de Estado y los ministros de salud. Las misiones a los países se centraron en elementos de preparación fundamentales para que un país pueda manejar un posible caso de EVE durante las 72 primeras horas después de su detección. A continuación se señalan algunas conclusiones y observaciones

sobre el estado de preparación en toda la Región, específicamente con respecto a la EVE.

- i. *Observaciones generales:* No hay un modelo único de la preparación que sirva en todos los países. El sentido de propiedad, el liderazgo y el conocimiento del contexto local de las autoridades nacionales son esenciales para que los esfuerzos de preparación y respuesta sean eficaces, especialmente en vista de la necesidad de inducir cambios de comportamiento en el público y en grupos ocupacionales específicos, así como de asegurar la aceptación del público de medidas que podrían ser restrictivas. Conscientes de que las estrategias para asegurar la sostenibilidad y la memoria institucional deben ser un componente inherente de los preparativos, y luego de la revisión de las medidas de repuesta adoptadas, las misiones a los países demostraron que, con el debido nivel de compromiso y dedicación política, se pueden lograr importantes avances en plazos cortos sin necesidad de importantes inversiones económicas. Algunas cuestiones transversales que surgieron durante las misiones a los países fueron la necesidad de caracterizar con precisión y en términos prácticos el valor agregado que aportan los mecanismos de integración subregional a los preparativos nacionales, así como la necesidad de abordar rápidamente cuestiones legales y éticas que no se hubieran contemplado anteriormente.
- ii. *Coordinación:* Aunque los mecanismos intersectoriales de coordinación deben perfeccionarse aún más y probarse constantemente, se ha logrado impulsar considerablemente la ejecución de medidas concertadas. Si bien es necesario que las funciones de liderazgo se atribuyan y ejerzan claramente, también se debe dotar más claramente a la institución técnica más competente con los instrumentos para poner en práctica su orientación a fin de asegurar un enfoque técnicamente coherente de preparación y respuesta. Aunque la formulación de planes es fundamental para la preparación, el estado de estos planes es todavía incierto y la operabilidad e interoperabilidad de los distintos planes y procedimientos parecerían no ser óptimas. Es necesario que los planes y procedimientos se conviertan en instrumentos más pertinentes para guiar las operaciones de preparación y respuesta, y deben ponerse a prueba en situaciones de la vida real además de las simulaciones.
- iii. *Detección:* La función de alerta temprana de los sistemas de vigilancia no se ha emprendido en forma homogénea en todos los servicios de salud y, por lo tanto, la coordinación entre las autoridades de salud pública y el sector privado no es óptima. Hay una importante necesidad de mejorar la capacidad del personal de salud de triangular sistemáticamente la información clínica y epidemiológica. Se observó una dependencia excesiva, al igual que confianza injustificada, en torno al tamizaje en los puntos de entrada para detectar y prevenir la introducción de los posibles casos de EVE. Junto con la necesidad de mejorar el control de calidad y

los aspectos de bioseguridad de los laboratorios, el manejo de las muestras de posibles casos de EVE sigue siendo un reto, en el que la falta de procedimientos verdaderamente operativos para el envío internacional de muestras a los centros colaboradores de la OMS es el obstáculo principal para que se lleven a cabo las pruebas confirmatorias de la EVE.

- iv. *Aislamiento:* Durante las misiones a los países, se observó una amplia gama de áreas de aislamiento designadas, aunque prácticamente todas ellas presentaban brechas y planteaban inquietudes con respecto a la sostenibilidad en cuanto a la idoneidad de la disposición de la infraestructura y de los procedimientos de prevención y control de infecciones, incluida la disponibilidad e idoneidad del equipo de protección y el manejo de los residuos. Se debe dar la mayor prioridad a nivel nacional a las estrategias integrales y sostenibles para la prevención y el control de las infecciones, que incluyan un componente fuerte de capacitación continua, para garantizar que se sigan habitualmente las prácticas de prevención y control de infecciones según los principios de evaluación de riesgos.
 - v. *Respuesta:* Por distintas razones, la capacidad de investigar y poner en marcha medidas de control en respuesta a un posible caso de EVE no siempre se distribuye homogéneamente en todo el territorio de los países. Además, la fragmentación de los servicios de salud (públicos, privados, seguridad social) representa un obstáculo para el manejo de los posibles casos de EVE, desde la detección hasta la derivación, el manejo clínico y la desinfección. Con respecto a la adopción de medidas que podrían poner trabas a los viajes y el comercio internacionales, se observaron deficiencias en el cumplimiento de las recomendaciones transitorias para países sin EVE, así como un escaso conocimiento y comprensión del artículo 43 del Reglamento. Sin embargo, los factores que podrían explicar en parte la adopción de este tipo de medidas fueron la escasez mundial de equipo de protección personal, los mecanismos de compras y las cadenas logísticas que no son óptimos, y los cambios en las especificaciones del equipo de protección personal publicados por la OMS y otros organismos internacionales en octubre del 2014 (7). El grado en que se han puesto en práctica los planes de comunicación de riesgos fue difícil de evaluar. Sin embargo, el nivel de participación de las comunidades en la preparación para una posible introducción de la EVE parecía insuficiente y el uso de los medios para reducir la ansiedad tampoco fue óptimo.
- c) La fase de seguimiento se centrará en brindar apoyo a las autoridades nacionales para poner en práctica las recomendaciones formuladas durante las misiones a los países, y la Oficina está interactuando estrechamente con los bancos internacionales de desarrollo y otros organismos donantes para asegurar que se tenga acceso a los recursos necesarios.

8. De conformidad con los artículos 5 y 13 del RSI, todos los 35 Estados Partes de la Región comunicaron formalmente a la OMS su posición con respecto a la posible prórroga para el período 2014-2016 a fin de establecer las capacidades básicas (detalladas en el anexo 1 del Reglamento) y mantenerlas después de esa fecha. Veintidós de los Estados Partes (63%) solicitaron la prórroga. Los seis Estados Partes que en el 2012 determinaron que las capacidades básicas estaban presentes reiteraron que podían mantenerlas. En el 2014, otros siete Estados Partes determinaron que se habían establecido y podían mantenerse las capacidades básicas. Si bien dos de los tres Estados Partes europeos con territorios de ultramar geográficamente ubicados en la Región (Francia y los Países Bajos) también solicitaron la prórroga para el período 2014-2016 debido a los retos que encontraron en sus territorios de ultramar, el Reino Unido, que recibió una prórroga para el período 2012-2014, no comunicó su posición frente a la prórroga para el período 2014-2016. En el anexo se presenta un resumen de los informes anuales de los Estados Partes a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud (mayo del 2015) y el estado de las solicitudes de una prórroga adicional para el período 2014-2016 a fin de establecer las capacidades básicas.

9. De conformidad con lo aconsejado por el Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la implementación del RSI, que se reunió en Ginebra (Suiza) los días 13 y 14 de noviembre del 2014, la Directora General concedió la prórroga, hasta junio del 2016, a todos los Estados Partes que la habían solicitado. En el caso de tres Estados Partes cuyo plan de acción para solicitar una prórroga para el período 2014-2016 no había sido presentado o se había considerado incompleto recibieron posteriormente una comunicación de la Directora General en la que se los invitó a mejorar o elaborar dicho plan.

10. Los informes anuales de los Estados Partes presentados a la Asamblea Mundial de la Salud entre el 2011 y el 2015 mostraron mejoras constantes a nivel regional con respecto a todas las capacidades básicas. Sin embargo, el estado de las capacidades básicas en las distintas subregiones sigue siendo heterogéneo y las puntuaciones más bajas se registran sistemáticamente en la subregión del Caribe. Al 20 de marzo del 2015, 30 de los 35 Estados Partes de la Región de las Américas (86%) habían presentado su informe a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud.

11. Cuando los informes más recientes se comparan con los presentados por los Estados Partes a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, las variaciones en cuanto a las puntuaciones promedio regionales giran en torno a los cinco puntos porcentuales en todas las capacidades. A excepción de la capacidad de respuesta a los eventos asociados con emergencias químicas (54%) y radiológicas (55%), la puntuación regional promedio para todas las capacidades restantes está cerca o por encima del 75%; la puntuación más alta es para la vigilancia (89%). Como se señaló anteriormente, en el anexo se presenta un resumen de los informes anuales de los Estados Partes a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud y el estado de las solicitudes de una prórroga adicional para el período 2014-2016 a fin de establecer las capacidades básicas.

12. A fin de apoyar los esfuerzos de fortalecimiento institucional de los Estados Partes de la Región, la OPS sigue intensificando las actividades conjuntas con otros organismos especializados internacionales (por ejemplo, el Organismo Internacional de Energía Atómica [OIEA] y la OACI) y asociados con pericia pertinente en la Región (por ejemplo, el centro colaborador de la OMS para la prevención, preparación y respuesta a situaciones de emergencia química en la Companhia Ambiental do Estado de São Paulo en Brasil; el centro colaborador de la OMS para el establecimiento de las capacidades básicas estipuladas en el RSI en los CDC en Estados Unidos; y PHAC en Canadá).

13. Al 20 de marzo del 2015, se habían autorizado 484 puertos en 27 Estados Partes de la Región de las Américas para emitir certificados de sanidad a bordo (8). Otros nueve puertos se autorizaron en seis territorios de ultramar de Francia y el Reino Unido. Los procedimientos para la certificación voluntaria de los aeropuertos y los puertos designados pronto serán difundidos por la sede de la OMS. La OACI, en colaboración con la OMS, convocó el simposio mundial del Arreglo de Colaboración para la Prevención y Gestión de Sucesos de Salud Pública en la Aviación Civil, que tuvo lugar en Montreal (Canadá) del 28 al 30 de abril del 2015. En esa ocasión, se dedicó un día más a una sesión de lluvia de ideas con expertos regionales acerca del artículo 43 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y la adopción e implementación de medidas de salud pública relacionadas con los viajes y el comercio internacionales, organizada por la Oficina, de conformidad con la recomendación 6 del Comité de Examen del RSI sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales en materia de salud pública y sobre la aplicación del RSI. La sexta Reunión de CAPSCA de las Américas se ha programado para los días 16 al 18 de septiembre en la ciudad de Panamá (Panamá).

14. Dado que no se manifestaron opiniones contrarias ni reservas, que los Estados Partes debían notificar a la Directora General a más tardar el 11 de enero del 2016, la modificación del anexo 7 del Reglamento, por la cual se reconoce que una sola dosis de vacuna contra la fiebre amarilla es suficiente para conferir protección de por vida, entrará en vigor en junio del 2016 (9). Sin embargo, a fin de reducir al mínimo las molestias para los viajeros y acelerar la armonización de las prácticas, en la resolución WHA68.4 del 2015, *Cartografía del riesgo de fiebre amarilla y recomendaciones de vacunación para los viajeros* (10), se solicita que la Secretaría de la OMS publique una lista de los países que aceptan el certificado de vacunación contra la fiebre amarilla con una sola dosis. De manera análoga, a fin de garantizar que se aplique un proceso participativo al hacer la cartografía de las zonas en riesgo de transmisión de fiebre amarilla, necesaria también a fin de actualizar la publicación de la OMS “Viajes internacionales y salud” (11), en la resolución (WHA68.4) se solicita que se establezca oficialmente un grupo consultivo científico-técnico en el que participen países con zonas en riesgo de transmisión de fiebre amarilla. Al 20 de marzo del 2015, 24 de los 35 Estados Partes de la Región (69%) habían proporcionado contribuciones para la actualización correspondiente al 2015 de la publicación de la OMS “Viajes internacionales y salud”.

15. Al 20 de marzo del 2015, la Lista de Expertos del RSI incluía 424 expertos, 117 de los cuales son de la Región de las Américas, incluidos ocho designados por el Estado Parte respectivo.

16. El brote de EVE en África occidental puso a prueba prácticamente todas las disposiciones del RSI. Aunque alimentada por el temor, la conmoción política y de salud pública que se desató en los Estados Partes de la Región de las Américas a raíz de este evento debe considerarse como un llamado de atención que ofrece a los Estados Partes y la Secretaría de la OMS la oportunidad de aprovechar el impulso adquirido gracias a los esfuerzos de preparación reactivos, arduos y acelerados frente a la EVE emprendidos desde agosto del 2014. El brote de EVE también brinda la oportunidad de reconsiderar el significado operativo real y las implicaciones prácticas de salud pública del compromiso de los Estados Partes con la salud pública nacional y mundial, expresado por conducto del RSI, y con el establecimiento y el mantenimiento de las funciones esenciales de salud pública, incluidas las funciones intersectoriales (las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del Reglamento). Esto implica un enfoque de la preparación que vaya más allá de una lista de verificación y de indicadores cuantitativos más allá de un enfoque jurídico de la implementación del Reglamento y de un conjunto de fechas límite establecidas, que deberían considerarse como hitos. Por último, este brote pone de relieve que los preparativos de salud pública requieren un enfoque continuo y holístico del fortalecimiento de los sistemas de salud para asegurar que estos sistemas sean suficientemente robustos y resistentes a fin de permitir el grado deseado de flexibilidad en la preparación y respuesta a los riesgos que emergen o cambian rápidamente en un mundo interconectado, así como para asegurar la sostenibilidad de las funciones esenciales de salud pública.

17. Este cambio sustancial en la perspectiva, por el que se pasó de considerar al Reglamento como un instrumento meramente jurídico para considerarlo una herramienta que brindará apoyo a los procesos continuos de preparación en el ámbito de la salud pública en todos los Estados Partes y a nivel mundial, se cristalizó en el *Informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales en materia de salud pública y sobre la aplicación del RSI (12)*, cuyas 10 recomendaciones, que giran en torno a las siguientes dos conclusiones, fueron adoptadas por la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud (13):

- a) *El trabajo para implantar, afianzar y mantener las capacidades básicas previstas en el RSI debe ser entendido como un proceso continuo en todos los países:* El hecho de que 22 Estados Partes de la Región solicitaron la prórroga para el período 2014-2016 debe considerarse un signo de responsabilidad, que demuestra la comprensión de que los preparativos de salud pública son un proceso continuo y refleja, en la mayoría de los casos, consideraciones con respecto a la robustez institucional y el contexto político. Además, los preparativos relacionados con la EVE de los estados insulares pequeños y los territorios de ultramar han puesto de manifiesto los inconvenientes de un mismo enfoque para todos con respecto a la implementación del Reglamento. De manera análoga, estos esfuerzos ponen de

relieve los retos a nivel nacional para garantizar la coordinación con los múltiples asociados y los donantes externos.

- b) *La aplicación del RSI debe trascender ahora el uso de simples “listas de control de ejecución” para abordar la evaluación periódica de las capacidades funcionales desde planteamientos de carácter más práctico:* Como se señala en la decisión CD52(D5), *Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (14)*, un reto significativo a la implementación el RSI es la falta de métodos de medición adecuados que demuestren los beneficios reales que el RSI aporta a la salud pública, el grado de cumplimiento por las partes (la Secretaría y los Estados Partes), así como la falta de mecanismos satisfactorios para asegurar los niveles deseados de rendición de cuentas mutua entre los Estados Partes. En la Reunión Regional de las Américas sobre la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que se celebró en Buenos Aires los días 29 y 30 de abril del 2014, se propusieron algunas opciones para el monitoreo de la implementación del Reglamento más allá del 2016, que se incluyeron en las recomendaciones del Comité de Examen. Estas opciones contemplan: *i)* la necesidad de revisar el dispositivo de monitoreo mundial de una manera institucionalmente participativa, sobre la base de una hoja de ruta en la que se tenga en cuenta el calendario de las sesiones regionales y mundiales de los órganos deliberantes de la OMS; *ii)* la necesidad de un dispositivo de monitoreo que abarque a todas las partes involucradas y todas las disposiciones; *iii)* el uso de enfoques cuantitativos y cualitativos que involucren a los Estados Partes individual y conjuntamente, y que hagan énfasis en los eventos de salud pública, la institucionalización de las funciones esenciales de salud pública, las obligaciones administrativas, el uso de los mecanismos de vigilancia internacional empleados por otras organizaciones internacionales pertinentes (por ejemplo, la OIEA y la OACI) y el desempeño de la Secretaría de la OMS. Las opciones para la puesta en funcionamiento del dispositivo de monitoreo del RSI después del 2016 empezaron a ser analizadas por expertos de las Américas en dos consultas organizadas por la Oficina en colaboración estrecha con la sede de la OMS (Brasilia, Brasil, 13 y 14 de mayo del 2014 y Washington, D.C. Estados Unidos, del 30 de junio al 2 de julio del 2015).

Intervención del Consejo Directivo

18. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota de este informe y formule cualquier recomendación que considere pertinente.

Anexo

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Avance hacia una posición regional sobre el Reglamento Sanitario Internacional [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, Washington (D.C.), Estados Unidos. Washington, D.C.: OPS; 2014 (documento CD53/14) [consultado el 24 de marzo del 2015]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27042&Itemid=270&lang=es.
2. Organización Mundial de la Salud. Ebola: Extinción del brote actual, fortalecimiento de la preparación mundial y garantía de la capacidad de preparación y respuesta de la OMS ante futuros brotes y emergencias a gran escala con consecuencias sanitarias [Internet]. Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre el ebola; 25 de enero del 2015, Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2015 (resolución EBSS3.R1) [consultada el 20 de marzo del 2015]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS3/EBSS3_R1-sp.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 y seguimiento de la reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre el ebola [Internet]. 68.ª Asamblea Mundial de la Salud; 18 al 26 de mayo del 2015, Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2015 (decisión WHA68[10]) [consultado el 14 de julio del 2015]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_DIV3-sp.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Grupo de expertos para la evaluación interina del ébola. Informe de la Secretaría. [Internet]. 68.ª Asamblea Mundial de la Salud 18 al 26 de mayo del 2015, Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2015 (documento A68/25) [consultado el 14 de julio del 2015]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_25-sp.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 14 de julio del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-es.pdf?ua=1>
6. Organización Panamericana de la Salud. Framework for strengthening national preparedness and response for ebola virus disease in the Americas [Internet]. Washington (DC): OPS; 2014 [consultado el 20 de marzo del 2015]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=29172&lang=en.

7. World Health Organization. Personal protective equipment in the context of filovirus disease outbreak response [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 20 de marzo del 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137410/1/WHO_EVD_Guidance_PPE_14_1_eng.pdf.
8. World Health Organization. IHR list of authorized ports (to issue ship sanitation certificates) [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 20 de marzo del 2015]. Disponible en: [http://who.int/ihr/ports_airports/ihr_authorized_ports_list.pdf?ua=.](http://who.int/ihr/ports_airports/ihr_authorized_ports_list.pdf?ua=)
9. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 67.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 19 al 24 de mayo, Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2014 (resolución WHA67.13) [consultado el 20 de marzo del 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R13-sp.pdf.
10. 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 (Suiza). Ginebra: OMS; 2015 (resolución WHA68.4) [consultado el 14 de julio del 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R4-sp.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. Viajes internacionales y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultada el 14 de julio del 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/ith/es/.](http://www.who.int/ith/es/)
12. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI [Internet]. 136.^a reunión del Consejo Ejecutivo; del 26 de enero al 3 de febrero del 2015, Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2015 (documento EB136/22, Add. 1) [consultado el 20 de marzo del 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-sp.pdf.
13. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones del Comité de examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI [Internet]. 68.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 18 al 26 de mayo del 2015, Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2015 (resolución WHA68.5) [consultado el 14 de julio del 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_R6-sp.pdf.
14. Organización Panamericana de la Salud. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (decisión CD52[D5]) [Internet]. En: Informe Final, 52.^o Consejo Directivo de la OPS, 65.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las

Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013, Washington (D.C.), Estados Unidos. Washington (D.C.): OPS; 2013. (decisión CD52[D5]) [consultado el 20 de marzo del 2015]. Disponible en:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=24486&Itemid=270&lang=es.](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=24486&Itemid=270&lang=es)

Anexo

Cuadro resumido: informes anuales de los Estados Partes presentados a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud y estado de las solicitudes de prórroga adicional para el período 2014-2016 a fin de establecer las capacidades básicas

Estados Partes	Solicitó y obtuvo prórroga 2012-2014	Comunicó oficialmente su postura frente a la prórroga 2014-2016	Solicitó y obtuvo prórroga 2014-2016	Presentado informe anual del Estado Parte a la 68.ª AMS	Legislación nacional política y financiamiento	Coordinación y comunicaciones de los CNE	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Riesgos zoonóticos	Inocuidad de los alimentos	Emergencias químicas	Emergencias radiológicas
Antigua y Barbuda	sí	sí	sí	sí	100	100	100	82	73	71	100	95	86	100	100	85	23
Argentina	sí	sí	no	sí	50	73	80	83	100	86	100	90	86	100	60	69	62
Bahamas	sí	sí	sí	sí	75	83	100	70	41	86	40	96	74	44	47	38	0
Barbados	sí	sí	sí	sí	75	53	70	82	70	71	80	86	97	89	60	46	38
Belice	sí	sí	sí	no	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	sí	sí	sí	sí	100	90	80	76	60	43	20	71	31	78	53	15	77
Brasil	no	sí	no	sí	100	100	100	100	100	100	100	96	80	100	100	85	92
Canadá	no	sí	no	sí	100	100	95	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chile	no	sí	no	sí	75	83	95	94	66	71	60	86	35	100	93	23	62
Colombia	no	sí	no	sí	100	63	50	94	33	100	80	76	91	78	67	69	69
Costa Rica	no	sí	no	sí	100	100	95	100	71	100	80	76	97	100	100	77	62
Cuba	sí	sí	no	sí	100	100	100	100	100	100	100	50	83	100	100	85	100
Dominica	sí	sí	sí	sí	75	100	90	83	60	100	20	73	64	89	87	31	23
República Dominicana	sí	sí	sí	sí	75	90	85	76	81	100	100	90	64	56	27	23	69
Ecuador	sí	sí	sí	sí	75	100	85	76	71	71	80	71	73	89	80	54	100
El Salvador	sí	sí	no	sí	100	100	100	100	90	86	100	100	100	100	93	62	77
Granada	sí	sí	sí	no	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	sí	sí	no	sí	0	73	75	76	45	57	50	75	60	78	100	67	50
Guyana	sí	sí	sí	sí	100	83	90	100	100	86	100	100	38	100	73	62	0
Haití	sí	sí	sí	sí	0	46	95	69	20	86	40	96	6	44	27	0	0

CD54/INF/4 – ANEXO

Cuadro resumido (cont.)

Honduras	sí	sí	sí	sí	50	53	90	52	33	43	40	71	36	78	47	8	31
Jamaica	sí	sí	sí	sí	50	73	60	75	73	57	20	53	70	67	47	38	31
México	sí	sí	no	sí	100	80	95	94	90	100	100	100	94	100	100	85	100
Nicaragua	sí	sí	no	sí	100	83	100	94	90	100	100	86	90	100	80	92	100
Panamá	sí	sí	sí	sí	75	100	95	88	60	71	40	96	65	89	60	15	31
Paraguay	sí	sí	sí	sí [#]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Perú	sí	sí	sí	sí	100	83	100	94	90	100	80	100	27	100	100	46	85
Saint Kitts y Nevis	sí	sí	sí	no	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	sí	sí	sí	sí	25	20	65	58	25	86	40	86	6	89	60	23	0
San Vicente y las Granadinas	sí	sí	sí	sí	75	73	80	66	53	43	20	35	48	100	40	8	0
Suriname	sí	sí	sí	sí	50	83	90	100	83	71	40	100	84	67	87	62	0
Trinidad y Tabago	sí	sí	sí	sí	50	56	95	76	71	71	20	81	77	89	87	62	77
Estados Unidos de América	no	sí	no	sí	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100	100
Uruguay	sí	sí	no	no	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	sí	sí	sí	sí	50	90	100	100	100	71	100	90	59	100	93	92	85

Caribe* (n=12)	65	73	86	80	64	77	52	79	61	82	68	45	24
Centroamérica** (n=7)	71	86	91	84	67	80	73	85	73	86	72	49	60
América del Sur*** (n=8)	81	85	86	90	78	80	78	85	60	93	81	57	79
América del Norte**** (n=3)	100	93	97	98	97	100	100	83	98	100	100	95	100

Región de las Américas (n=30)	74	81	89	85	72	81	68	83	67	87	76	54	55
--------------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

[#] Los datos no pudieron conseguirse debido a la presentación retrasada del Informe Anual a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud

* Subregión del Caribe incluye: Antigua y Barbuda, (las) Bahamas, Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Saint Lucia, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago

** Subregión de Centroamérica incluye: Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá

*** Subregión de América del Sur incluye: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de)

**** Subregión de América del Norte incluye: Canadá, México, Estados Unidos de América