

55.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2016

Punto 4.8 del orden del día provisional

CD55/12, Rev. 1
16 de septiembre del 2016
Original: inglés

APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (RSI)

Introducción

1. La finalidad de este documento es presentar un informe sobre la situación de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (en adelante “RSI” o “el Reglamento”). En este documento también se informa al Consejo Directivo acerca de las recomendaciones formuladas por Estados Miembros de la Región de las Américas durante la consulta regional formal sobre el *Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado* (anexo B), realizada en Miami (Estados Unidos de América), del 1 al 3 de agosto del 2016.

2. En este informe, *a)* se actualiza la información presentada en el 2015 al 54.º Consejo Directivo (1) y, de manera selectiva, la información presentada al Comité Ejecutivo en su 158.ª sesión en junio del 2016 (2); *b)* se abordan las actividades emprendidas por los Estados Partes y la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) en respuesta a la emergencia de salud pública de importancia internacional relacionada con el virus del Zika; y *c)* se ponen de relieve algunos temas que requieren una acción concertada de los Estados Partes de la Región de las Américas para la aplicación e implementación futura del Reglamento.

Antecedentes

3. El Reglamento Sanitario Internacional, adoptado 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 de salud pública a nivel nacional e internacional, de importancia potencial o real, y los procedimientos conexos.

¹ El texto completo del Reglamento Sanitario Internacional (resolución WHA58.3), se encuentra disponible en: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf?ua=1.

Actualización sobre el progreso alcanzado

4. 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 (CNE). En el 2015, los 35 Estados Partes de la Región presentaron la confirmación o actualización anual de la información de contacto de su CNE. Las pruebas rutinarias de conectividad realizadas en el 2015 entre el Punto de Contacto de la OMS para el RSI y los CNE para el RSI en la Región fueron exitosas en 30 de los 35 Estados Partes (86%) por correo electrónico y en todos los 35 Estados Partes por teléfono.

5. En el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015, en la Región se detectaron y evaluaron 99 eventos de salud pública de posible importancia internacional. En 59 de estos 99 eventos (60%), las autoridades nacionales de salud, en 44 ocasiones por intermedio de los CNE, fueron la fuente inicial de información. Se solicitó y se obtuvo verificación con respecto a 25 eventos detectados mediante fuentes informales u oficiosas. De los 99 eventos analizados, 45 de ellos (45%), que afectaron a 22 países y territorios de la Región, fueron considerados de comprobada importancia internacional para la salud pública. La mayor parte de estos 45 eventos se atribuyó a riesgos infecciosos (34 eventos, 76%) y la etiología que se registró con mayor frecuencia fue el virus del Zika (15 eventos). Los 11 eventos restantes considerados de comprobada importancia internacional para la salud pública se atribuyeron a las siguientes categorías de riesgos: relativos a las zoonosis (5), inocuidad de los alimentos (2), relativos a productos (2), emergencias químicas (1) y relativos a la radiación (1).

6. 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 2015 al 8 de abril del 2016:

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, posteriormente, la Directora General de la OMS determinase 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 ocho ocasiones. En su última reunión de mayo del 2016, el Comité llegó a la conclusión de que la propagación de poliovirus salvajes, junto con poliovirus circulantes derivados de la vacuna, aún constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional. Las recomendaciones temporales fueron mejoradas y prorrogadas por otros tres meses, haciendo hincapié en subconjuntos específicos de países, ninguno de los cuales pertenece a la Región de las Américas. La OPS sigue insistiendo en que los Estados Partes de la Región apliquen las recomendaciones del Grupo Técnico asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación para mantener a esta Región libre de poliovirus salvajes.

- b) La infección por **coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV, por su sigla en inglés)** comenzó a propagarse en el 2012 y, al 20 de marzo del 2016, se habían notificado a la OMS 1.700 casos confirmados por laboratorio, incluidos más de 600 casos mortales. Veintiséis Estados Partes de todo el mundo han notificado casos confirmados de infección por el MERS-CoV, incluidos 13 con transmisión local documentada. En el Reino de Arabia Saudita se registraron aproximadamente 80% de los casos. En respuesta a la propagación del MERS-CoV, la Directora General convocó al Comité de Emergencias del RSI sobre el MERS-CoV. Este comité se reunió en 10 ocasiones entre julio del 2013 y septiembre del 2015. Cabe señalar que el asesoramiento prestado por este Comité, divulgado a todos los Estados Partes, no condujo a la determinación de una emergencia de salud pública de importancia internacional por parte de la Directora General.
- c) Después de haberse notificado a la OMS los primeros casos de **enfermedad por el virus del Ébola (EVE)** en Guinea en marzo del 2014, el brote se propagó rápidamente a los países vecinos de Liberia y Sierra Leona. Debido a la propagación vertiginosa y descontrolada del brote, el 6 de agosto del 2014 se convocó al Comité de Emergencias del RSI sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental y, con base en su asesoramiento, la Directora General decidió declarar al brote de EVE en África Occidental como una emergencia de salud pública de importancia internacional. Al 8 de abril del 2016, se habían presentado más de 28.600 casos y más de 11.300 defunciones en los tres países de África Occidental. Si bien se reconoció que continuarían produciéndose nuevos conglomerados de casos de EVE en estos países de África Occidental debido a la reintroducción del virus por los sobrevivientes, en enero del 2016 la OMS los declaró libres del virus del Ébola. Apoyándose en el asesoramiento que el Comité de Emergencias del RSI sobre la EVE formuló en su novena reunión del 29 de marzo del 2016, la Directora General dio por terminada la emergencia de salud pública de importancia internacional, lo que implicó además el cese de la aplicación de las recomendaciones temporales conexas, incluidas las que se aplicaban a los Estados Partes de la Región de las Américas.
- d) Tras la notificación a la OMS, en enero del 2016, de un brote de **fiebre amarilla** detectado en Luanda (Angola) en diciembre del 2015, se observó un rápido aumento del número de casos, con una extensa distribución geográfica. Al 29 de julio del 2016 se habían notificado en Angola más de 3.800 casos sospechosos y confirmados, incluidas más de 480 muertes. Se detectaron casos de fiebre amarilla vinculados epidemiológicamente al brote en Brasil (1), China (11), Kenya (2) y, en particular, la República Democrática del Congo, donde continuó la transmisión local. Al 3 de agosto del 2016 se habían notificado más de 2.000 casos confirmados y sospechosos, incluidas 95 muertes, en la República Democrática del Congo. Con la movilización de casi 33 millones de dosis de vacuna contra la fiebre amarilla para campañas de vacunación masiva, el brote estaba siendo controlado en Angola al 29 de julio del 2016, pero continuaba en la República Democrática del Congo. En el 2016 se notificaron también brotes y casos de fiebre amarilla en las regiones de África y las Américas. En la Región de las

Américas se notificaron casos de fiebre amarilla en Brasil (1), Colombia (2) y Perú. Un brote que comenzó en marzo del 2016 en la región de Junín, en Perú, había producido 50 casos para el 22 de julio del 2016, incluidas 17 muertes. Para responder a los brotes de fiebre amarilla de África central, el 19 de mayo del 2016 la Directora General convocó el Comité de Emergencias del RSI sobre la fiebre amarilla. Sobre la base del asesoramiento proporcionado por el Comité, que se comunicó a todos los Estados Partes, la Directora General no declaró una emergencia de salud pública de importancia internacional.

- e) La infección por el **virus del Zika** es una virosis similar a la causada por los virus del dengue y del chikunguña. Es transmitida por vectores, específicamente por mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Tras su resurgimiento en la Región del Pacífico Occidental en el 2007, se confirmó un caso de transmisión autóctona del virus en la Isla de Pascua (Chile) en el 2014. En febrero del 2015, las autoridades de salud de Brasil comenzaron a investigar casos de cuadros exantemáticos en los estados del noreste del país, que para fines de abril del 2015 ascendían a casi 7.000. La investigación dio lugar a la confirmación de laboratorio de la transmisión autóctona del virus del Zika en mayo del 2015, lo que constituyó la primera transmisión documentada en la plataforma continental de la Región de las Américas. Los informes de las autoridades de salud brasileñas sobre el aumento inusual de casos de síndrome de Guillain-Barré en adultos y microcefalia en recién nacidos en las zonas donde había transmisión autóctona del virus del Zika, se transmitieron a la comunidad internacional mediante el sitio seguro de información sobre eventos para los CNE en julio del 2015 y en octubre del 2015, respectivamente.
- Debido a la rápida propagación del virus del Zika en la Región de las Américas y fuera de ella, acompañada de un volumen cada vez mayor de datos probatorios sobre la asociación espacio-temporal con aumentos del número de casos de síndrome de Guillain-Barré y microcefalia en recién nacidos, el 1 de febrero del 2016 se convocó al Comité de Emergencias sobre el virus del Zika y el aumento observado de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas. Con base en su asesoramiento, la Directora General determinó que el evento constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional. Las recomendaciones temporales formuladas, incluidas las recomendaciones emanadas de dos reuniones más del Comité, realizadas el 8 de marzo y el 14 de junio del 2016, se centraron en lo siguiente:
 - i. La intensificación de los esfuerzos de investigación internacionales concertados para corroborar el consenso científico, ahora generalizado, de que el virus del Zika es una causa de microcefalia y síndrome de Guillain-Barré. Se subrayó la necesidad de un intercambio rápido y transparente de los resultados de las investigaciones.
 - ii. La aplicación de medidas de control, que comprenden: *a)* la vigilancia, la definición de casos de “infección congénita por el virus del Zika”, así como el intercambio de información rápida y transparente; *b)* medidas de

control de vectores; *c*) la comunicación de riesgos dirigida a las mujeres en edad fértil y las embarazadas, además de la diseminación de información sobre el riesgo de transmisión sexual, la preparación de los servicios de salud para la orientación prenatal, el manejo de embarazos con riesgo de infección por el virus del Zika y los resultados del embarazo y, a más largo plazo, el manejo de las consecuencias; y *d*) el asesoramiento con respecto a los viajes de las embarazadas a zonas de riesgo y a prácticas sexuales seguras (no se consideró necesario aplicar restricciones a los viajes ni al comercio con los países y territorios donde se registra transmisión del virus del Zika).

iii. Las medidas que deben tomar los Estados Partes donde se realicen concentraciones multitudinarias, como los XXXI Juegos Olímpicos de Verano y los Juegos Paralímpicos, que tendrán lugar en Rio de Janeiro (Brasil) del 5 de agosto al 21 de septiembre del 2016, así como los Estados Partes de los cuales y a los cuales viajen personas que hayan asistido a los XXXI Juegos Olímpicos de Verano y los Juegos Paralímpicos.

- Al 11 de agosto del 2016, 45 países y territorios de la Región de las Américas habían confirmado la transmisión autóctona por vector del virus del Zika. En cinco países hay casos de transmisión sexual de la infección por el virus del Zika. En 10 países y territorios se han notificado casos de síndrome congénito relacionado con la infección por el virus del Zika. La gran mayoría de estos casos de síndrome congénito (96%) se encuentran en Brasil, donde se notificaron más de 1.800 casos. En 16 países y territorios de la Región se confirmó la infección por el virus del Zika en al menos un caso de síndrome de Guillain-Barré, y en 10 de ellos también se notificaron aumentos de los casos de síndrome de Guillain-Barré.

7. A fines del 2015, la Oficina intensificó sustancialmente las actividades de apoyo a los Estados Partes en respuesta a la introducción del virus del Zika en la Región. Esta labor culminó en diciembre del 2015 con la activación de una estructura de gestión de incidentes (EGI) a nivel de toda la Organización, que incluye la liberación de recursos del Fondo de Emergencia para Epidemias, de la OPS. Durante los meses siguientes, la EGI de la OPS, en estrecha coordinación con la estructura equivalente establecida en la sede de la OMS en febrero del 2016, activó el Fondo para Contingencias Relacionadas con Emergencias, de la OMS, y desplegó las actividades descritas en la estrategia de la OPS para mejorar la capacidad nacional para responder al virus del Zika en la Región de las Américas (3). El marco estratégico gira en torno a los siguientes elementos: *a*) el seguimiento oportuno de la evolución de la epidemia en sus aspectos polifacéticos; *b*) la reducción de riesgos mediante el control de vectores; *c*) la mejora de la capacidad de respuesta haciendo hincapié en los servicios de salud (incluida la seguridad de la sangre), la comunicación de riesgos y los eventos multitudinarios, y *d*) la elaboración de un temario de investigaciones regional sobre el virus del Zika para abordar las lagunas cada vez mayores en el conocimiento.

8. En el marco descrito anteriormente, las actividades emprendidas por la Oficina al 8 de abril del 2016 incluyen lo siguiente (se proporciona información actualizada en el punto 7.4 del orden del día provisional del 55.º Consejo Directivo):

- a) mayor movilización de recursos y esfuerzos de coordinación con entidades y organismos internacionales asociados, incluidos los organismos de las Naciones Unidas,² el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la sede de la OMS;
- b) formulación y difusión de directrices técnicas de la OPS y actualizaciones epidemiológicas, que contribuyen con los documentos que se preparan en la sede de la OMS;
- c) organización de reuniones virtuales con autoridades nacionales competentes y profesionales de diferentes disciplinas para abordar continuamente nuevos asuntos técnicos relacionados con la propagación del virus del Zika;
- d) capacitación presencial sobre servicios de laboratorio, vigilancia entomológica y control de vectores, monitoreo de las embarazadas y comunicación de riesgos a los niveles nacional, regional y subregional;
- e) despliegue de misiones técnicas multidisciplinarias a 22 países y territorios, en algunos casos en múltiples ocasiones, incluida la movilización de más de 70 funcionarios y expertos, por medio de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN por su sigla en inglés); la experiencia de los equipos de la misión en los países abarcaba varias áreas técnicas: atención prenatal, manejo clínico, entomología y control de vectores, epidemiología, servicios de salud y de laboratorio, neonatología, neurología, salud pública, comunicación de riesgos y radiología; varias misiones estuvieron relacionadas con los preparativos para los XXXI Juegos Olímpicos de Verano y los Juegos Paralímpicos;
- f) distribución de reactivos a 20 países para la detección del virus del Zika por medio de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), incluida una asociación fundamental con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos;
- g) organización de consultas de expertos sobre servicios de laboratorio, control de vectores, vigilancia clínica, servicios de salud y ética;
- h) coordinación de esfuerzos de investigación, incluida la organización de la reunión sobre la elaboración de una agenda de investigación sobre el brote del virus del

² Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA); Organización de Aviación Civil Internacional (OACI); Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA); Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA); ONU-HÁBITAT (Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo - América Latina y el Caribe (GNUM-LAC); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR); Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); ONU Mujeres, y Programa Mundial de Alimentos (PMA).

- Zika y sus consecuencias para la salud pública en la Región de las Américas, que tuvo lugar en Washington, D.C., los días 1 y 2 de marzo del 2016;
- i) creación de un portal de la OPS dedicado exclusivamente al virus del Zika, donde se presenta información adaptada a diferentes públicos.³

9. Si bien es cierto que a partir de la introducción del virus del Zika en la Región se está entendiendo mejor el espectro completo de la enfermedad causada por este virus, más de 600 millones de personas de la Región viven en zonas en riesgo de transmisión del virus, y su propagación podría plantear una carga significativa para la salud pública y para los sistemas de salud en general. Aunque la transmisión sexual del virus del Zika podría adquirir con el tiempo una función más prominente en la evolución de la epidemia de Zika, el control integrado de vectores sigue siendo la piedra angular para mitigar la repercusión de las enfermedades transmitidas por vectores.

Informes sobre las capacidades básicas en los Estados Partes

10. Los informes anuales de los Estados Partes presentados a las distintas Asambleas Mundiales de la Salud entre el 2011 y el 2016 mostraron mejoras constantes a nivel regional con respecto a todas las capacidades básicas. Sin embargo, la situación de las capacidades básicas en las subregiones sigue siendo heterogénea y las puntuaciones más bajas se registran sistemáticamente en la subregión del Caribe. Cuando se instituyó la presentación de informes en su formato actual en 64.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2011, la tasa de respuesta fue de 51% (18 de 35 Estados Partes); en el 2016, por primera vez, la tasa de respuesta fue de 100%: los 35 Estados Partes de la Región de las Américas presentaron sus informes a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. Esto debe considerarse un logro, una señal de que cada vez más los Estados Partes hacen suyo el RSI y de que están dispuestos a rendir cuentas mutuamente. En este período de seis años, 12 Estados Partes cumplieron sistemáticamente con la presentación anual de los informes: Antigua y Barbuda, Barbados, Canadá, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Estados Unidos, Guyana, Honduras, Jamaica y México. La información sobre el grado de cumplimiento con este compromiso entre los restantes Estados Partes se presenta en el anexo A.

11. Cuando se comparan los informes más recientes con los informes anuales que los Estados Partes presentaron ante la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud (2015), se encuentran diferencias en las puntuaciones promedio regionales de unos 10 puntos porcentuales en todas las capacidades salvo los puntos de entrada, para los cuales se notificó una mejora de 18 puntos porcentuales. Con excepción de las capacidades para responder a emergencias químicas (57%) y los riesgos relacionados con la radiación (55%), la puntuación promedio regional para todas las demás capacidades es cercana al 75% o está por encima; la puntuación más alta corresponde a la vigilancia (92%). En el

³ El portal de la OPS del virus del Zika se encuentra en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11585&Itemid=41688&lang=es.

anexo A también se presenta un resumen de los informes anuales de los Estados Partes a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud.

12. La OPS envió misiones especiales para analizar el estado de implementación del RSI en dos de los territorios de ultramar del Reino Unido en la Región de las Américas: las Islas Caimán y las Islas Turcas y Caicos. En los territorios de ultramar del Reino de los Países Bajos, el progreso logrado es digno de mención por los mecanismos legales y operativos creados para la aplicación y la implementación del RSI, que quedan plasmados en un acuerdo mutuo entre los Países Bajos y Aruba, Curaçao y San Martín.

13. En apoyo de las iniciativas de fortalecimiento institucional e intersectorial en los Estados Partes de la Región, la OPS ha continuado sus actividades conjuntas con otras entidades y organismos internacionales especializados. Se pusieron también en práctica iniciativas regionales con: *a*) la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI), en el marco del Arreglo de Colaboración para la Prevención y Gestión de Sucesos de Salud Pública en la Aviación Civil (CAPSCA, por su sigla en inglés), en la Sexta Reunión para las Américas celebrada en Panamá en septiembre del 2015 (la Séptima Reunión para las Américas se realizará en México en septiembre del 2016); *b*) la Asociación del Transporte Aéreo Internacional (IATA, por su sigla en inglés), con actividades que se centran en la certificación y recertificación de profesionales nacionales con respecto al envío internacional de muestras; y *c*) la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) en la sesión anual regional de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN, por su sigla en inglés), que tuvo lugar en México en octubre del 2015. Asimismo, se realizaron actividades subregionales con el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), por ejemplo, la primera sesión de coordinación del proyecto “Fortalecimiento del control de la cuna a la tumba de fuentes radiactivas” en los Estados Miembros del OIEA para la subregión del Caribe que se celebró en Jamaica en abril del 2016. A nivel nacional se organizaron actividades con la OACI en el marco del proyecto del CAPSCA, como visitas a los principales aeropuertos internacionales de Bolivia, Colombia, Estados Unidos, Panamá y Paraguay, y con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) se organizó un taller intersectorial en Costa Rica.

14. Al 8 de abril del 2016, se habían autorizado 484 puertos en 27 Estados Partes de la Región de las Américas para emitir certificados de sanidad a bordo (4). Asimismo, se autorizaron otros 10 puertos en ocho territorios de ultramar de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido. Hasta esa fecha no se había remitido información a las oficinas regionales de la OMS sobre el estado del documento de la OMS sobre los procedimientos para la certificación voluntaria de aeropuertos y puertos designados, que ya se habían presentado a los Estados Partes en dos ocasiones.

15. Dado que no hubo opiniones contrarias ni reservas que los Estados Partes hubiesen tenido que notificar a la Directora General a más tardar al término del plazo establecido (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– entró en vigor en julio del 2016 (5). De acuerdo con la

resolución WHA68.4 (6), encaminada a garantizar un proceso participativo en la cartografía de zonas en riesgo de transmisión de fiebre amarilla, en diciembre del 2015 se estableció el grupo consultivo científico-técnico sobre cartografía geográfica del riesgo de fiebre amarilla (GRYF por su sigla en inglés), integrado por expertos de cinco países de la Región: Argentina, Brasil, Estados Unidos, Panamá, y Trinidad y Tabago. Al 8 de abril del 2015, 19 de los 35 Estados Partes de la Región (54%) habían enviado contribuciones para la actualización correspondiente al 2016 de la publicación de la OMS “Viajes internacionales y salud” (7).

16. Al 8 de agosto del 2016, la Lista de Expertos del RSI incluía 395 expertos, 111 de los cuales son de la Región de las Américas, incluidos siete designados por seis de los 35 Estados Partes (Barbados, Brasil, Estados Unidos, México, Perú y Venezuela).

17. En las recomendaciones del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI (8), adoptadas por la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud por medio de la resolución WHA68.5 (9), se señala que la Secretaría deberá definir un nuevo marco de monitoreo y evaluación con la intervención activa de las oficinas regionales de la OMS, que posteriormente se propondrá a todos los Estados Partes por conducto de los órganos deliberantes de la OMS, y que la aplicación del RSI debería trascender ahora para abordar la evaluación periódica de las capacidades funcionales desde planteamientos de carácter más práctico.

18. En cumplimiento de estas recomendaciones, la Secretaría de la OMS elaboró una nota conceptual (10), en la que se describía la propuesta de un marco de monitoreo y evaluación del RSI después del 2016 en torno a cuatro componentes: autoevaluación, revisión después de eventos de salud pública agudos, simulacros y evaluaciones externas. La nota conceptual se sometió al escrutinio de los Estados Miembros en las seis regiones de la OMS durante las reuniones de los comités regionales en el 2015. Como se señaló en el Informe Final del 54.^o Consejo Directivo (11), así como en el informe de los comités regionales al Consejo Ejecutivo en su 138.^a reunión (12), los Estados Miembros consideraron que el marco propuesto de monitoreo y evaluación del RSI constituía una base sólida y había que darle forma final para someterlo a la consideración de la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, conforme al cronograma que se presentó en la nota conceptual y en cumplimiento del artículo 54 del Reglamento.

19. Para facilitar la revisión y la finalización del marco de seguimiento y evaluación del RSI, la Secretaría de la OMS organizó una consulta técnica sobre el monitoreo y la evaluación de la capacidad básica funcional para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional del 2005 en Lyon (Francia) del 20 al 22 de octubre del 2015 (13), con la participación de expertos de Barbados, Brasil y Estados Unidos. Posteriormente, el progreso ha sido limitado en cuanto a dar forma final al marco de monitoreo y evaluación del RSI para presentárselo a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. La Secretaría de la OMS ha destinado recursos que han ido principalmente a la coordinación con los asociados (por ejemplo, la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial) para crear una herramienta relacionada con uno solo de los cuatro componentes: la herramienta de

evaluación externa conjunta.⁴ Desde mayo del 2016, la Oficina: *a)* ha llevado a cabo una misión de evaluación externa en Belice, con expertos de Canadá, Chile, Suriname, la sede del OIEA y personal de la OPS; *b)* ha participado en una autoevaluación en Perú auspiciada por la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial; y *c)* ha proporcionado apoyo a los CDC de los Estados Unidos para la realización de una evaluación externa en Haití a fin de orientar la utilización de fondos disponibles bajo la égida de la Agenda. En los Estados Unidos se ha realizado una evaluación externa de su aplicación del RSI.

20. El 18 de mayo del 2016 se publicó una versión revisada de la nota conceptual, con el título *Reglamento Sanitario Internacional (2005): Marco de seguimiento y evaluación*, como anexo al documento A69/20 (14), que se presentó ante la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada del 23 al 28 de mayo de 2016. Se cambió el nombre de los cuatro componentes del marco de monitoreo y evaluación del RSI, que ahora son la presentación de informes anuales, el examen posterior a la acción, ejercicios de simulación y la evaluación externa conjunta. Se solicitó a la Asamblea Mundial de la Salud que tomara nota del informe.

21. El *Informe del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado (15)*, con sus 12 recomendaciones, fue publicado el 13 de mayo del 2016. Como algunas de las 12 recomendaciones formuladas por el Comité de Examen, que abarcan también el marco de monitoreo y evaluación del RSI, resultaron ser controvertidas, no fueron adoptadas por medio de una resolución de la Asamblea. Por lo tanto, de conformidad con el punto 2 de la decisión WHA69(14) (16), la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud decidió encomendar a los seis comités regionales de la OMS en el 2016, incluido el 55.^o Consejo Directivo de la OPS, 68.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, la consideración del proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ébola y la respuesta que se le ha dado (proyecto de plan). La consulta formal correspondiente a la Región de las Américas tuvo lugar en Miami (Estados Unidos), del 1 al 3 de agosto del 2016.

Medidas necesarias para mejorar la situación

22. A medida que el virus del Zika sigue propagándose, resulta evidente que su transmisión tiene implicaciones y retos polifacéticos para la ética y la salud pública, a corto y largo plazo, tanto a nivel nacional como regional, que abarcan diversas disciplinas y sectores. Como ocurrió con el brote de la EVE en África Occidental, la propagación del virus del Zika está poniendo a prueba la aplicación del RSI y, una vez más, poniendo de relieve que la capacidad de los países para responder a riesgos que emergen y evolucionan rápidamente requiere sistemas de salud resilientes cuyas funciones

⁴ La herramienta de evaluación conjunta está disponible respectivamente en inglés y francés en los siguientes enlaces:

http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2016_2/en/

http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2016_2/fr/

esenciales de salud pública —las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI— sean un componente intrínseco y sostenible. La Oficina está tomando medidas en todos sus departamentos para enmarcar conceptualmente y traducir operativamente la aplicación y la implementación de las disposiciones del RSI en el contexto de los sistemas de salud. El documento *Los sistemas de salud resilientes* (punto 4.5 del orden del día provisional del 55.º Consejo Directivo) constituye un primer paso.

23. De manera análoga, como sucedió con la epidemia de dengue en la Región en los 30 últimos años y el establecimiento de la transmisión del virus del chikunguña en todos los países y territorios del continente americano donde hay presencia los 12 meses del año del mosquito *Aedes aegypti*, la epidemia del virus del Zika ofrece la oportunidad de reactivar las medidas de control de vectores descritas en la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales* (punto 4.12 del orden del día provisional del 55.º Consejo Directivo).

24. La consulta regional formal, en la cual se examinaron las 12 recomendaciones del Comité de Examen y el proyecto de plan, proporcionó información crucial para orientar las deliberaciones del 55.º Consejo Directivo y, por extensión, equipar a los Estados Partes de la Región de las Américas con instrumentos para influir en los enfoques estratégicos y operativos que moldearán el futuro de la aplicación del RSI a nivel mundial. Con este fin y en vista de las conclusiones de la reunión, en consultas internas dentro de la Oficina se determinó que la herramienta más apropiada sería una decisión. El proyecto de decisión que se somete a la consideración del Consejo Directivo figura en el anexo C.

Intervención del Comité Ejecutivo

25. Se invita al Consejo Directivo a que: *a)* examine la información proporcionada en el informe sobre la aplicación del RSI en la Región y *b)* formule observaciones sobre el *Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado*, de la Directora General, el cual orientará la elaboración de una versión definitiva del plan de aplicación que se someterá a la consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS en su 140.^a reunión en enero del 2017. Además, se invita al Consejo Directivo a considerar la adopción del proyecto de decisión que figura en el anexo C.

Anexos

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. El Reglamento Sanitario Internacional y la enfermedad por el virus del Ébola [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2014, Washington (D.C.), Estados Unidos. Washington, D.C.:

OPS; 2014 (documento CD54/INF/4) [consultado el 8 de abril del 2016]. Se puede encontrar en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31260&Itemid=270&lang=es

2. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. 158.ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS; del 20 al 24 de junio del 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2016 (documento CE158/INF/5) [consultado el 12 de agosto del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=34931&Itemid=270&lang=es
3. Pan American Health Organization. Strategy for Enhancing National Capacity to Respond to Zika Virus Epidemic in the Americas [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2016 [consultado el 8 de abril de 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33129&lang=en
4. Organización Mundial de la Salud. Lista de puertos autorizados a expedir certificados de sanidad a bordo [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 8 de abril del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.who.int/ihr/ports_airports/portslanding/es/
5. 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 del 2014, Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2014 (resolución WHA67.13) [consultado el 8 de abril del 2016]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwaha/pdf_files/WHA67/A67_R13-sp.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Cartografía del riesgo de fiebre amarilla y recomendaciones de vacunación para los viajeros [Internet]. 136.ª reunión del Consejo Ejecutivo; del 26 de enero al 3 de febrero del 2015, Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2015 (resolución EB136.R5) [consultado el 8 de abril del 2016]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwaha/pdf_files/EB136/B136_R5-sp.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud. Viajes internacionales y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 8 de abril del 2016]. Se puede encontrar en:
<http://www.who.int/ith/es/>
8. 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 8 de abril del 2016]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-sp.pdf

9. 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. Ginebra: OMS; 2015 (resolución WHA68.5) [consultado el 8 de abril del 2016]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-sp.pdf#page=25
10. Organización Panamericana de la Salud. Consulta regional sobre el Marco de monitoreo del Reglamento Sanitario Internacional después del 2016 [Internet]. 54.^o Consejo Directivo de la OPS, 67.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2014, Washington (D.C.), Estados Unidos. Washington, D.C.: OPS; 2015 (documento CD54/INF/4, Add. I) [consultado el 8 de abril del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31499&Itemid=270&lang=es
11. Organización Panamericana de la Salud. Informe Final del 54.^o Consejo Directivo [Internet]. 54.^o Consejo Directivo de la OPS, 67.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2014, Washington (D.C.), Estados Unidos. Washington, D.C.: OPS; 2015 (documento CD54/FR) [consultado el 8 de abril del 2016]; párrafos 200 al 212. Se puede encontrar en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=32735&Itemid=270&lang=es
12. Organización Mundial de la Salud. Informe de los Comités Regionales al Consejo Ejecutivo, 138.^a reunión del Consejo Ejecutivo; del 25 al 30 de enero del 2016; Ginebra. Ginebra: OMS; 2016 (documento EB138/4) [consultado el 8 de abril del 2016]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_4-sp.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. Technical consultation on monitoring and evaluation of functional core capacity to implement the International Health Regulations (2005), Lyon (Francia), del 20 al 22 de octubre del 2015: Resumen ejecutivo en inglés [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 8 de abril del 2016]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197623/1/WHO_HSE_GCR_2015.15_eng.pdf?ua=1
14. 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 12 de agosto del 2016]. Se puede encontrar en:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-sp.pdf

15. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado [Internet]. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 23 al 28 de mayo del 2016; Ginebra. Ginebra: OMS (documento A69/21) [consultado el 12 de agosto del 2016]. Se puede encontrar en:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-sp.pdf

16. Organización Mundial de la Salud. 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 (decisión WHA69[14]) [consultado el 12 de agosto del 2016]. Se puede encontrar en:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-sp.pdf

17. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. 158.^o Comité Ejecutivo de la OPS; del 20 al 24 de junio del 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2016 (documento CE158/INF/5, Add. I) [consultado el 12 de agosto del 2016]. Se puede encontrar en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35118&Itemid=270&lang=es

Anexo A

**Cuadro resumido: Informes anuales de los Estados Partes ante la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud
(puntuación con respecto a las capacidades básicas en porcentajes)**

Estado Parte	Prórroga 2012-2014 solicitada y obtenida	Prórroga 2014-2016 solicitada y obtenida	Número de informes anuales presentados del 2011 al 2016 (6 años)	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
Antigua y Barbuda	sí	sí	6	100	100	100	82	73	86	100	100	97	100	100	85	23
Argentina	sí	no	5	50	73	80	100	100	86	100	90	83	100	80	69	62
Bahamas	sí	sí	4	75	83	100	70	0	71	40	96	97	67	27	54	8
Barbados	sí	sí	6	100	90	95	82	100	100	80	96	100	100	80	77	69
Belice	sí	sí	5	25	63	75	88	52	57	40	45	83	89	53	38	8
Bolivia (Estado Plurinacional de)	sí	sí	5	100	90	75	76	53	57	40	91	91	89	67	23	77
Brasil	no	no	5	100	100	100	100	100	100	100	96	100	100	100	92	100
Canadá	no	no	6	100	100	95	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chile	no	no	5	75	83	90	94	61	100	40	66	97	100	93	54	77
Colombia	no	no	6	100	90	85	81	100	100	60	80	97	89	80	77	77
Costa Rica	no	no	6	100	100	100	69	71	100	80	86	97	100	100	46	54
Cuba	sí	no	5	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Dominica	sí	sí	6	50	100	80	78	60	100	40	43	80	100	100	15	15
Ecuador	sí	sí	6	100	100	95	83	91	86	80	86	94	100	93	62	100
El Salvador	sí	no	5	100	100	100	100	90	86	100	100	100	100	100	54	85
Estados Unidos	no	no	6	100	100	100	100	100	100	100	60	100	100	100	100	100
Granada	sí	sí	4	100	83	95	69	33	86	60	49	49	100	67	46	15

Estado Parte	Prórroga 2012-2014 solicitada y obtenida	Prórroga 2014-2016 solicitada y obtenida	Número de informes anuales presentados del 2011 al 2016 (6 años)	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
Guatemala	sí	no	5	50	83	100	94	80	100	100	100	88	100	87	77	69
Guyana	sí	sí	6	100	100	95	100	100	100	100	100	94	100	53	62	0
Haití	sí	sí	4	0	46	100	70	26	100	40	96	17	67	27	38	0
Honduras	sí	sí	6	100	80	95	76	50	57	60	81	88	100	87	38	62
Jamaica	sí	sí	6	50	90	90	100	92	71	60	86	88	78	87	77	85
México	sí	no	6	100	70	95	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nicaragua	sí	no	5	100	83	100	87	100	100	100	86	100	100	60	0	0
Panamá	sí	sí	5	75	100	95	88	60	71	40	96	94	89	60	15	31
Paraguay	sí	sí	4	100	100	95	94	43	100	80	76	91	89	47	69	92
Perú	sí	sí	4	100	100	100	94	90	100	80	100	24	100	100	69	100
República Dominicana	sí	sí	5	75	90	75	58	81	71	40	80	88	100	47	38	77
Saint Kitts y Nevis	sí	sí	4	100	100	80	58	33	86	20	87	71	67	80	0	0
San Vicente y las Granadinas	sí	sí	5	75	63	80	66	53	43	80	0	0	0	0	0	0
Santa Lucía	sí	sí	5	75	56	70	69	25	86	40	83	74	89	60	23	0
Suriname	sí	sí	5	50	83	90	100	100	71	40	86	97	67	87	62	0
Trinidad y Tabago	sí	sí	5	50	56	95	76	71	71	20	81	83	89	87	62	77
Uruguay	sí	no	2	100	100	95	94	90	100	20	56	100	100	100	69	62
Venezuela (República Bolivariana de)	sí	sí	4	100	90	95	100	100	86	100	90	97	100	93	100	85

**Cuadro resumido: Informes anuales de los Estados Partes ante la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud
(puntuación con respecto a las capacidades básicas en porcentajes) (cont.)**

Caribe * (n=15)	70	81	90	81	61	82	57	77	75	81	67	49	27
Centroamérica** (n=7)	86	91	95	82	76	84	74	90	94	98	77	38	54
América del Sur*** (n=10)	93	93	91	92	83	91	70	83	87	97	85	68	83
América del Norte**** (n=3)	100	90	97	98	100	100	100	87	100	100	100	100	100

* 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 (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

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

Anexo B

CONSULTA REGIONAL

SOBRE EL PROYECTO DE PLAN MUNDIAL DE APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE EXAMEN SOBRE EL PAPEL DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005) EN EL BROTE DE EBOLA Y LA RESPUESTA QUE SE LE HA DADO

Finalidad

1. La finalidad de este anexo es presentar, en el apéndice I, el informe de la consulta regional formal sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (en adelante “RSI” o “Reglamento”), organizada por la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) en Miami (Estados Unidos) del 1 al 3 de agosto del 2016. La consulta se realizó en preparación para el 55.º Consejo Directivo/68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, tras el apoyo expresado por el Comité Ejecutivo en su 158.ª sesión a la realización de una reunión de ese tipo en vista del documento CE158/INF/5, Add. I (1).
 2. Este documento sirve de base para que los Estados Partes de la Región de las Américas, por medio del 55.º Consejo Directivo/68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, cumplan con la decisión WHA69(14) de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud (2).
 3. Por consiguiente, este documento también sirve de base para que los Estados Partes de la Región de las Américas formulen observaciones a la Secretaría de la OMS sobre lo siguiente:
 - a) El *Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado* (en adelante “proyecto de plan”, apéndice II), por medio de consideraciones relativas a cada una de las 12 recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote del ébola y la respuesta que se le ha dado (en adelante “Comité de Examen”) (3). La Secretaría de la OMS transmitió el proyecto de plan a la Oficina Sanitaria Panamericana el 22 de julio del 2016 e invitó a los comités regionales de la OMS a formular observaciones “*con objeto de orientar la elaboración de una versión final del plan de aplicación para someterlo al examen del Consejo Ejecutivo en su 140.ª reunión, en enero de 2017*” (en adelante “plan definitivo”).
 - b) El marco de monitoreo y evaluación del RSI se presenta como el apéndice III de este anexo B.
-

4. De acuerdo con el documento CE158/INF/5, Add. I, este documento sirve además para orientar las deliberaciones del 55.º Consejo Directivo sobre los mecanismos de los Cuerpos Directivos que puedan activarse para influir en los enfoques estratégicos y operativos que moldearán el futuro de la aplicación del RSI a nivel mundial, a partir de la 140.ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS en enero del 2017.

Apéndices

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. 158.ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS; del 20 al 24 de junio del 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2016 (documento CE158/INF/5, Add. I) [consultado el 12 de agosto del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35118&Itemid=270&lang=es
 2. 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 (decisión WHA69[14]) [consultado el 12 de agosto del 2016]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-sp.pdf
 3. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado [Internet]. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 23 al 28 de mayo del 2016; Ginebra. Ginebra: OMS (documento A69/21) [consultado el 12 de agosto del 2016]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-sp.pdf
 4. 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 12 de agosto del 2016]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-sp.pdf
-

Apéndice I

Informe de la consulta regional formal sobre el *Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado*

Miami (Estados Unidos), del 1 al 3 de agosto del 2016

Objetivos

1. Los objetivos de la consulta regional formal (en adelante “la reunión”) fueron los siguientes:
 - a) considerar la pertinencia para la Región de las Américas de cada una de las 12 recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote del ébola y la respuesta que se le ha dado;
 - b) formular observaciones y sugerencias sobre el *Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado* (en adelante el “proyecto de plan”, apéndice II);
 - c) definir, según corresponda y en previsión de la elaboración de un plan regional para el RSI, medidas clave para poner en práctica las recomendaciones y el proyecto de plan en la Región; y
 - d) proporcionar sugerencias sobre mecanismos de los Cuerpos Directivos de la OPS o los órganos deliberantes de la OMS que podrían activarse para comunicar de la manera más eficaz posible la posición de los Estados Partes de la Región de las Américas a los órganos deliberantes de la OMS.
2. Aunque los objetivos de la reunión coincidían plenamente con los descritos en el documento CE158/INF/5, Add. I, hubo que ajustarlos teniendo en cuenta el proyecto de plan que la Secretaría de la OMS proporcionó a la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) el 22 de julio del 2016.

Participantes

3. Se invitó a cada uno de los 35 Estados Partes de la Región a designar dos funcionarios con los siguientes perfiles para que participaran en la reunión:
 - a) un funcionario de gobierno que desempeñara funciones de coordinación intrasectorial e intersectorial de la aplicación del RSI y que conociera los mecanismos operativos y administrativos nacionales relacionados con el RSI, con

- un conocimiento y una comprensión exhaustivos de las disposiciones del RSI y de los documentos de los órganos deliberantes de la OMS sobre el tema; y
- b) un funcionario de gobierno de la oficina de relaciones externas o internacionales del ministerio de salud o del ministerio de relaciones exteriores que conociera los procesos y procedimientos de los órganos deliberantes de la OMS y los Cuerpos Directivos de la OPS e, idealmente, que tuviera experiencia de participación directa.
4. Veintinueve (29) Estados Partes estuvieron representados en la reunión. No hubo representantes de Cuba, Dominica, El Salvador, Haití, Saint Kitts y Nevis y Venezuela. Además, la Oficina organizó la participación de profesionales de la Región que figuraban en la Lista de Expertos del RSI para facilitar las sesiones de los grupos de trabajo junto con funcionarios de la OPS de cuatro departamentos. La reunión también se benefició de la participación de personal de algunas representaciones de la OPS/OMS y de la Sede de la OMS.

Método de trabajo

5. El método de trabajo adoptado para la reunión consistió principalmente en facilitar deliberaciones en grupos de trabajo, con retroalimentación en las sesiones plenarias. La recomendación 1 del Comité de Examen (“*aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) en vez de modificarlo*”) se abordó en la sesión plenaria al final de la reunión. Hubo interpretación simultánea a los cuatro idiomas oficiales de la OPS en las sesiones plenarias y en algunas sesiones de los grupos de trabajo.

Estructura del informe

6. El presente informe se estructura en torno a las 12 recomendaciones del Comité de Examen, recogiendo en relación con cada una de ellas: *a)* las consideraciones relativas a la recomendación; *b)* las observaciones sobre el proyecto de plan con objeto de orientar la elaboración de una versión final del plan de aplicación (en adelante “plan definitivo”) para someterlo a la consideración del Consejo Ejecutivo en su 140.^a reunión, en enero de 2017; y *c)* la pertinencia para la Región y posibles actividades regionales. La recomendación 1 se aborda al final de este informe, pero el resto de las recomendaciones aparecen en orden numérico.

Recomendación 2: Elaborar un plan estratégico mundial para mejorar la preparación y la respuesta de salud pública [comprendida en la esfera de acción 1 del proyecto de plan: Acelerar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los países]

Consideraciones relativas a la recomendación

7. Hubo consenso general en torno a la utilidad de elaborar un plan estratégico mundial para el RSI y planes operativos de las oficinas regionales para el RSI.

8. Aunque se reconoció que también podría ser útil contar con planes nacionales de acción exclusivamente para el RSI, hay grandes diferencias entre los Estados Partes en lo que se refiere a la organización administrativa del sistema de salud (por ejemplo, entre los Estados federales y los pequeños Estados insulares), la robustez de las funciones del sistema de salud, que permite mantener las capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública verdaderamente integradas en el sistema de salud, y la madurez de los mecanismos de coordinación intersectorial e interministerial, que posibilitan una comprensión común de la responsabilidad compartida entre los diferentes sectores de acuerdo con el RSI, la planificación integrada, el uso eficaz de los recursos y los mecanismos operativos. Además, aunque algunos países no tengan planes nacionales de acción con respecto al RSI, es posible que hayan presentado planes junto con la solicitud de prórroga para el 2014-2016.

Observaciones sobre el proyecto de plan a fin de orientar la elaboración del plan definitivo

9. Con respecto al alcance, en el plan definitivo se debería especificar que el plan estratégico mundial para el RSI se centrará en las capacidades básicas nacionales como funciones esenciales de salud pública, que corresponden a la esfera de acción 1 del proyecto de plan, e incluir también algunos elementos pertinentes a la recomendación 6, que corresponde a la esfera de acción 4 del proyecto de plan.

10. Además, en el plan definitivo se debería especificar lo siguiente:

- a) los mecanismos por medio de los cuales el plan estratégico mundial para el RSI se armonizará y articulará con planes mundiales conexos que ya existen (por ejemplo, para la resistencia a los antimicrobianos);
- b) la forma en que se ejecutará el plan estratégico mundial para el RSI en el contexto del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y, más específicamente, cómo se relacionará con el marco de resultados y los requerimientos presupuestarios para el 2016-2017 del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS;¹
- c) la forma en que la formulación del plan estratégico mundial para el RSI se articulará con los ciclos de planificación de la OMS (por ejemplo, un plan estratégico mundial quinquenal para el RSI y planes de trabajo bienales) y les proporcionará información y, más específicamente, su relación con el marco de resultados y los requerimientos presupuestarios para el 2016-2017 del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS; y
- d) las razones por las cuales la cascada de planes propuesta sería un enfoque sostenible para la aplicación del Reglamento.

¹ http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/emergency-programme-framework-budget.pdf?ua=1
[en inglés]

11. Los Estados Partes indicaron que la formulación del plan estratégico mundial para el RSI podría ofrecer una oportunidad para que la Secretaría de la OMS sirva de modelo de coordinación intersectorial mediante un ejemplo concreto. Por lo tanto, en el plan definitivo se debería describir claramente el proceso mediante el cual se mantendrá la armonización estratégica con otras agendas y organizaciones internacionales pertinentes (por ejemplo, el Organismo Internacional de Energía Atómica y la Organización Mundial de Sanidad Animal) durante todo el proceso de formulación del plan estratégico mundial para el RSI. Se reconoció que establecer mecanismos eficientes de coordinación intersectorial sigue siendo difícil en muchos Estados Partes. Por consiguiente, la armonización del plan estratégico mundial para el RSI con otras organizaciones e iniciativas internacionales facilitaría la promoción de la causa y la rendición de cuentas mutua de los distintos sectores a nivel nacional. El proceso de armonización a nivel mundial es especialmente crucial para la Región en las esferas de acción relativas al manejo de riesgos químicos y radiológicos.

12. Aunque sería preferible utilizar un enfoque de abajo arriba, hubo acuerdo en que un enfoque de arriba abajo, que no refleje necesariamente las necesidades o las prioridades de los Estados Partes, podría ser la manera más eficaz de impulsar el proceso de planificación tanto en la Secretaría de la OMS como a nivel nacional, usando el plan estratégico mundial para el RSI como guía para la elaboración de los planes operativos de las oficinas regionales y los planes nacionales. Sin embargo, se afirmó enfáticamente que la formulación del plan estratégico mundial para el RSI debe ser participativa. Con ese fin, en el plan definitivo se debe presentar de forma detallada el proceso que se adoptará para su formulación, indicando explícitamente los mecanismos para la participación de los Estados Partes.

13. De manera análoga, en el plan definitivo se debe indicar que se adoptará un proceso igualmente participativo para la formulación de los planes operativos de las oficinas regionales para el RSI, dejando en claro que deben centrarse en la aplicación de las líneas estratégicas delineadas en el plan estratégico mundial para el RSI.

14. Debido a la diversidad que existe entre los Estados Partes, en la Región y fuera de ella, en el plan definitivo se debe señalar explícitamente que en la formulación del plan estratégico mundial para el RSI se tendrá en cuenta la heterogeneidad de los contextos nacionales y, en consecuencia, que se podrá adoptar un método flexible para planificar las actividades nacionales relacionadas con el cumplimiento de las disposiciones del RSI por los Estados Partes, más allá del modelo de un solo plan nacional de acción para el RSI, como parte de las estrategias para fortalecer los sistemas de salud en general.

15. Por consiguiente, en el plan definitivo se debe indicar que los planes nacionales de acción para el RSI no constituirán la base del plan estratégico mundial para el RSI, ya que la necesidad de elaborarlos variará entre los Estados Partes. Por una parte, se reconoció que los planes nacionales de acción para el RSI podrían agregar valor en algunos países, por ejemplo, al impulsar el proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud, al fomentar la coordinación intrasectorial e intersectorial, al superar las barreras en

los procesos interministeriales de planificación nacional, al movilizar recursos externos y al fortalecer los Centros Nacionales de Enlace para el RSI (CNE) en los países que tengan el mandato de coordinar las actividades relacionadas con el RSI. Por otro lado, se reconoció que, en algunos Estados Partes, las actividades necesarias para cumplir las disposiciones del RSI ya se han integrado en todo o en parte en los mecanismos actuales de planificación institucional y coordinación intersectorial. En esos casos, la introducción de planes nacionales de acción para el RSI podría representar un retroceso e incluso socavar mecanismos institucionales que ya están funcionando (véase también la recomendación 10).

16. En el plan definitivo y, por extensión, en el plan estratégico mundial para el RSI se debería decir explícitamente que, independientemente de la diversidad de los procesos de planificación nacionales relacionados con el RSI, el requisito de que los Estados Partes informen sobre el estado de la aplicación y ejecución del RSI se aplicará solamente a la puesta en marcha del marco de monitoreo y evaluación del RSI.

Pertinencia para la Región y posibles actividades regionales

17. Entre las actividades relacionadas con esta recomendación que beneficiarían a los Estados Partes en la Región cabe señalar: *a)* la búsqueda de enfoques para asegurar el compromiso político de los ministros de salud a fin de garantizar la sostenibilidad; *b)* la búsqueda de formas eficaces de trabajar con los mecanismos de integración subregional y asociados en el desarrollo para promover la armonización de sus planes, proyectos e iniciativas con los planes nacionales y los planes operativos de las oficinas regionales para el RSI, a fin de evitar duplicaciones que, en último término, podrían imponer una carga a los Estados Partes; *c)* actividades para facilitar la difusión de prácticas óptimas con respecto a la aplicación del RSI en todos los sectores pertinentes; *d)* apoyo para actualizar la legislación nacional más allá del sector de la salud; y *e)* el mantenimiento y fortalecimiento de los CNE, ya que en algunos entornos podrían ser la única herramienta para mantener la continuidad y el punto central de las actividades frente a cambios de gobierno y cambios en las prioridades.

Recomendación 3: Financiar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular para apoyar el plan estratégico mundial [comprendida en la esfera de acción 1 del proyecto de plan: Acelerar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los países]

Consideraciones relativas a la recomendación

18. Se reconoció que los recursos son escasos y, en consecuencia, es necesario establecer prioridades. El uso de hitos como incentivos podría facilitar la elaboración de modelos lógicos.

Observaciones sobre el proyecto de plan a fin de orientar la elaboración del plan definitivo

19. En el plan definitivo se debería especificar que el plan estratégico mundial para el RSI incluirá un presupuesto, con una cronología conexas para las actividades.

20. Se señaló que otros sectores fuera del ámbito de la salud han tenido poca participación en la planificación integrada de las actividades relacionadas con el RSI. Además de las dificultades que enfrentan los ministerios de salud para financiar esas actividades, la contribución financiera de otros sectores es subóptima o inexistente. Es necesario que los ministerios de finanzas participen en todo el proceso de planificación, especialmente con respecto a los aspectos interministeriales.

21. Por consiguiente, en lo que respecta a la formulación del plan estratégico mundial para el RSI, en el plan definitivo se debería describir claramente el enfoque estratégico que la Secretaría de la OMS tiene la intención de adoptar para facilitar la movilización de recursos financieros nacionales. De esta forma se puede fomentar el grado de compromiso nacional en relación con el Reglamento y la rendición de cuentas en todos los sectores, lo cual, a su vez, promoverá la sostenibilidad. En vista de que los recursos son limitados, en el plan definitivo se debería indicar en qué medida el plan estratégico mundial para el RSI aborda criterios para el establecimiento de prioridades.

22. De manera análoga, en el plan definitivo y, por extensión, en el plan estratégico mundial para el RSI, se debería presentar un marco conceptual que represente las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI como funciones esenciales de salud pública en el contexto del sistema de salud en su totalidad (véase también la recomendación 10). También se debería especificar que los modelos para determinar el costo y el presupuesto de las esferas de acción necesarias para que los Estados Partes cumplan las disposiciones del RSI abarcarán los diversos enfoques de la planificación en los diferentes contextos nacionales, sin limitarse a un solo plan nacional de acción para el RSI, y en los distintos sectores.

Pertinencia para la Región y posibles actividades regionales

23. La elaboración de planes operativos de las oficinas regionales para el RSI se consideró como una oportunidad para que la Oficina reconfigure su enfoque de movilización de recursos a fin de atender adecuadamente las necesidades de los Estados Partes.

Recomendación 4: Mejorar el conocimiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y reafirmar la función de liderazgo de la OMS, dentro del sistema de las Naciones Unidas, en la aplicación del Reglamento [comprendida en la esfera de acción 2 del proyecto de plan: Reforzar la capacidad de la OMS para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005)]

Consideraciones relativas a la recomendación

24. Se expresó preocupación por las duplicaciones que podrían surgir a nivel del sistema de las Naciones Unidas, en particular en vista de que no se hace suficiente

hincapié en la función de liderazgo de la OMS en el manejo de emergencias de salud pública. Se señaló que la OMS es el único organismo de las Naciones Unidas que puede promover la integración y la sostenibilidad en ese sentido.

Observaciones sobre el proyecto de plan a fin de orientar la elaboración del plan definitivo

25. La recomendación y el proyecto de plan no mantienen plena consonancia, dado que en el proyecto de plan el liderazgo de la OMS es menos claro aún.

26. Se señaló que, si bien los esfuerzos de la OMS de colaboración y coordinación con el sistema de las Naciones Unidas podrían agregar valor, estas actividades también implican el riesgo de que las Naciones Unidas se hagan cargo del proceso de adopción de decisiones de la OMS, posiblemente reemplazando la labor de sus órganos deliberantes.

27. Aunque el Comité Permanente entre Organismos podría desempeñar un papel útil en situaciones de emergencia por enfermedades infecciosas, la información proporcionada en el proyecto de plan con respecto a las funciones del Comité y las funciones de la OMS es insuficiente, ya que los mecanismos operativos propuestos no están claros. Por consiguiente, en el plan definitivo se debe hacer explícito el posicionamiento estratégico previsto de la OMS en el sistema de las Naciones Unidas para el manejo de emergencias de salud y se deben describir los detalles operativos.

28. Se observó que la OMS había tenido dificultades al participar en el proceso de configuración de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. A pesar del esfuerzo de la OMS para dar prominencia a los problemas de salud, los asuntos relacionados con el RSI se diluyeron en la Agenda. Habida cuenta de esta experiencia, se debería ampliar el plan definitivo a fin de presentar la estrategia de la OMS para influir en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas.

Pertinencia para la Región y posibles actividades regionales

29. No se propusieron actividades para la Región en relación con esta recomendación.

Recomendación 5: Introducir y fomentar la evaluación externa de las capacidades básicas [comprendida en la esfera de acción 3 del proyecto de plan: *Mejorar el seguimiento, evaluación y notificación de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional (2005)*]

Consideraciones relativas a la recomendación

30. La recomendación no se considera apropiada por las siguientes razones:

- a) es internamente incongruente con otras secciones del informe del Comité de Examen;
- b) socava la aplicación del artículo 54 del RSI y de la resolución WHA68.5, y

- c) en último término, está en pugna con las deliberaciones de las consultas regionales efectuadas por medio de los comités regionales de la OMS en el 2015 en lo que se refiere al contenido del marco de monitoreo y evaluación del RSI (en adelante “el marco”), la senda de los órganos deliberantes y el cronograma establecido por los comités regionales de la OMS en el 2015 en previsión de la aprobación del marco por la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016.

31. La expectativa de que el marco se consideraría para su aprobación en la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, de acuerdo con el artículo 54, no se cumplió. En cambio, se presentó una versión revisada del marco (apéndice III de este documento) como anexo al documento A69/20, de la cual solamente se tomó nota de acuerdo con la intervención que se solicitó de la Asamblea. Por otro lado, el marco presentado a la Asamblea no era congruente con la recomendación 5 del Comité de Examen, cuyo informe se presentó en el documento A69/21.

32. Se señaló que, aunque las actividades de monitoreo y evaluación constituyen una buena práctica de salud pública, los esfuerzos de los Estados Partes y la Secretaría de la OMS a este respecto no constituyen una prioridad; más bien, la Secretaría de la OMS debería centrarse en actividades más sustanciales de formación de capacidad a nivel nacional orientadas a mejorar la sostenibilidad. También se señaló que era posible que la información acerca de los Estados Partes que está al alcance de la Secretaría de la OMS, incluidos los datos de numerosas evaluaciones sobre el terreno, no se hubiera usado apropiadamente como base para las actividades de cooperación de los países.

33. Se subrayó que, aunque las actividades de monitoreo y evaluación son importantes para asegurar la rendición de cuentas mutua entre los Estados Partes, los beneficiarios primarios de esas actividades deberían seguir siendo los mismos Estados Partes. También se destacó que el informe anual de los Estados Partes, en el formato usado durante los seis últimos años, ha fomentado las comparaciones al clasificar indirectamente a los Estados Partes.

Observaciones sobre el proyecto de plan a fin de orientar la elaboración del plan definitivo

34. El monitoreo y la evaluación del RSI no deberían incluirse en el plan definitivo.

35. El marco de monitoreo y evaluación del RSI debería presentarse para ser considerado y aprobado por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 140.^a reunión y, posteriormente, por la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2017, como documento independiente, de acuerdo con lo indicado por los comités regionales de la OMS en el 2015.

36. Aunque se señaló que actualmente, en cumplimiento del artículo 54, los Estados Partes deben informar anualmente a la Asamblea Mundial de la Salud de acuerdo con la

resolución WHA61.2, el contenido general y los procesos abarcados por el marco deberían ser adoptados por medio de una resolución. Eso no ocurrió con el sistema de informes anuales vigente, situación que ha suscitado controversias y retos para los Estados Partes de la Región de las Américas. Se consideró que la coexistencia de componentes obligatorios y voluntarios en el marco es compatible con la aprobación del marco mediante una resolución. El marco presentado en el documento A69/20 tiene un componente obligatorio (presentación de informes anuales) y tres componentes voluntarios (evaluación externa conjunta, examen posterior a la acción y ejercicios de simulación).

37. El marco de monitoreo y evaluación del RSI presentado en el documento A69/20 no se consideró satisfactorio. Por consiguiente, debería ser sometido a otra ronda de examen por las oficinas regionales de la OMS antes de ser presentado a los órganos deliberantes de la OMS en el 2017. Con ese fin se formulan las siguientes sugerencias:

- a) El marco debería ser un documento de política, centrado en los principios que regirán el monitoreo y la evaluación, y en las funciones y responsabilidades de los Estados Partes y la Secretaría de la OMS. No se deberían detallar aspectos operativos. En vista de la diversidad que existe entre los Estados Partes, se hizo hincapié en que la puesta en práctica debería estar determinada por las oficinas regionales de la OMS y que los Estados Partes deberían tener flexibilidad para asegurar que el marco sea beneficioso a nivel nacional.
- b) En el documento se debería indicar con claridad la forma en que la Secretaría de la OMS usará la información derivada de la aplicación de los diferentes componentes del marco para fundamentar sus actividades de cooperación con los países.
- c) Se debería examinar el documento teniendo en cuenta debidamente las inquietudes y sugerencias emanadas de la consulta regional celebrada en el 2015.

38. Con respecto a la puesta en práctica de dos de los cuatro componentes del marco presentado ante la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, se formularon las siguientes sugerencias:

- a) La herramienta que se elaborará para la presentación de informes anuales debería:
a) ser más corta que el informe anual de los Estados Partes que se usa actualmente; *b)* basarse en un sistema graduado de calificación que concuerde con el que se usa para la evaluación externa conjunta; *c)* tener un contenido diferente de la herramienta para la evaluación externa conjunta, ya que se usan con fines complementarios y las metodologías de base son diferentes; y *d)* asegurar la coherencia y continuidad con la herramienta utilizada hasta ahora para la presentación de informes anuales de los Estados Partes, a fin de aumentar al máximo los beneficios y reducir al mínimo las controversias a nivel nacional.
- b) El contenido de la herramienta actual para la evaluación externa conjunta no concuerda necesariamente con las disposiciones del RSI y las directrices de la

OMS; por consiguiente, se debería analizarlo a fondo. Hay que tratar de evitar duplicaciones con la herramienta para la presentación de informes anuales y lograr que sean plenamente complementarias.

Se señaló que la herramienta no tiene en cuenta el “acceso a ciertas capacidades básicas” como opción en vez de contar con la capacidad en el país, lo cual es motivo de preocupación para los países pequeños. Además, se subrayó que las evaluaciones externas conjuntas deberían ser realizadas por expertos de la Región que hablen el idioma y conozcan el contexto del país. Se expresó preocupación acerca de la sostenibilidad financiera de las evaluaciones externas conjuntas.

Aunque someterse voluntariamente a una evaluación externa es un signo de transparencia y compromiso, no se sabe con certeza qué efecto puede tener. Dos de los Estados Partes que se sometieron a una evaluación bajo los auspicios de la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial tuvieron experiencias opuestas: uno quedó muy satisfecho con los beneficios obtenidos, mientras que el otro expresó graves preocupaciones. En el segundo caso, la evaluación parecía socavar los mecanismos intersectoriales implantados por decreto ministerial para coordinar la aplicación del Reglamento. Se observó que el Comité de Examen, en su informe, reconocía que, como la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial también requiere que los países participantes informen sobre la aplicación del RSI, existe la posibilidad de que se establezcan sistemas paralelos que resulten una carga pesada para los países.

Pertinencia para la Región y posibles actividades regionales

39. Teniendo en cuenta *a)* las contribuciones sustanciales de los Estados Partes y los expertos de la Región de las Américas a la elaboración del marco de monitoreo y evaluación del RSI, *b)* el esfuerzo que han realizado por intermedio de los órganos de gobierno de la OPS y de la OMS para que las actividades de monitoreo y evaluación en relación con el RSI se ejecuten de una manera participativa y de conformidad con las disposiciones y resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, y *c)* los beneficios previstos para los Estados Partes, es fundamental que en el marco de monitoreo y evaluación se siga la dirección establecida por el Comité Regional de la OMS para las Américas en el 2015 (documento CD54/INF/4, Add. I) y que esto se haga independientemente del plan definitivo.

Recomendación 6: Mejorar la evaluación y la comunicación de los riesgos por parte de la OMS [comprendida en la esfera de acción 4 del proyecto de plan: Mejorar la gestión de eventos, en particular la evaluación y la comunicación de los riesgos]

Consideraciones relativas a la recomendación

40. Se considera que la recomendación no es completamente apropiada o congruente con el artículo 12 del RSI o con el anexo 2 y que además afecta a la aplicación del anexo 1.

41. El espíritu de la recomendación infringe uno de los principios inspiradores fundamentales del Reglamento, a saber, que la evaluación de riesgos es un proceso continuo y reiterativo y, lo que es más importante, una responsabilidad compartida de los Estados Partes y la Secretaría de la OMS.

42. La nueva estructura adicional que se propone crear (un comité consultivo permanente para asesorar al Director General sobre la evaluación de riesgos y la comunicación de riesgos) es innecesaria, puesto que duplicaría las funciones del Comité de Emergencias y podría generar retrasos en la evaluación general de riesgos y el proceso de respuesta. Además, se señaló que, si bien la evaluación de riesgos y la comunicación de riesgos deben estar conectadas, son dos disciplinas diferentes, cada una de las cuales debe abordarse por derecho propio.

43. Aunque para establecer un nivel intermedio de alerta, denominado alerta internacional de salud pública, habría que modificar el Reglamento, los Estados Partes de la Región podrían apoyarlo con la condición de que se les explique debidamente su finalidad y que se les proporcione un análisis de sus implicaciones para los niveles regional y nacional.

44. En términos generales, la recomendación promueve un enfoque de arriba abajo de la evaluación de riesgos, con la Secretaría de la OMS como destinatario exclusivo previsto de la recomendación. Sin embargo, no se tiene en cuenta el hecho de que los esfuerzos de la Secretaría de la OMS deberían centrarse en el fortalecimiento de los mecanismos existentes, que serían adecuados si se activaran y se usaran sistemáticamente. Lo que es más importante, pasa por alto el hecho de que los recursos de cualquier tipo deben invertirse donde más se necesitan: a nivel nacional.

Observaciones sobre el proyecto de plan a fin de orientar la elaboración del plan definitivo

45. La recomendación y el proyecto de plan no concuerdan, ya que este último no ofrece necesariamente soluciones para los problemas señalados en la recomendación.

46. En el proyecto de plan no se aborda el proceso de evaluación de riesgos como responsabilidad compartida de los Estados Partes y la Secretaría de la OMS y, en su forma actual, no conducirá necesariamente a las mejoras deseadas.

47. Por consiguiente, en el plan definitivo se debería indicar que en el plan estratégico mundial para el RSI se abordará estratégicamente el fortalecimiento del proceso de evaluación de riesgos como responsabilidad compartida, con una perspectiva de abajo arriba.

48. En un contexto de rápidos cambios en el panorama político nacional, los Estados Partes, independientemente del desempeño y la capacidad del nivel técnico, incluidos los CNE, posiblemente no se sientan inclinados a revelar información. En consecuencia, en

el plan definitivo se deberían establecer estrategias para abogar sistemáticamente por la transparencia en el plano político.

49. En el plan definitivo se debería indicar que el plan estratégico mundial para el RSI incluirá indicaciones estratégicas, respaldadas por datos probatorios, para mejorar la evaluación de riesgos a nivel nacional y la coordinación con los contactos de la OMS para el RSI a nivel de las oficinas regionales. En el plan estratégico mundial para el RSI también se debería explicar cómo se mejorará la comunicación en los tres niveles institucionales y, por extensión, cómo se mantendrá informada a la comunidad mundial de salud pública acerca de eventos de salud pública en evolución.

50. Considerando que el proceso continuo y reiterativo de evaluación de riesgos tiene lugar a nivel nacional, en el plan definitivo se debería describir el mejor uso de los recursos financieros disponibles para este fin, así como las modalidades de asignación de estos recursos a corto plazo, de ser posible.

51. En vista de que el Reglamento ya contiene disposiciones para que la Secretaría de la OMS trabaje con rapidez con los Estados Partes donde estén produciéndose eventos de salud pública inusuales (artículo 10), en el plan definitivo se debería indicar que en el plan estratégico mundial para el RSI se establecerán criterios epidemiológicos más explícitos para las evaluaciones sobre el terreno que realice la Secretaría de la OMS. También se deberían especificar las condiciones de la colaboración con los Estados Partes donde estén produciéndose eventos de ese tipo y justificar el uso de un enfoque de arriba abajo que posiblemente no aborde de manera satisfactoria y eficiente la respuesta en un contexto en rápida evolución.

52. Las inquietudes expresadas con respecto a la propuesta de establecer un nuevo comité consultivo permanente también se aplican a la propuesta contenida en el proyecto de plan de establecer un grupo científico asesor de expertos sobre los riesgos relativos a las enfermedades infecciosas. Las posibles funciones de una nueva estructura de ese tipo siguen estando poco claras en el proyecto de plan y, dado el alcance del Reglamento que abarca varios riesgos, concentrarse en los riesgos relativos a las enfermedades infecciosas es restrictivo. En consecuencia, en el plan definitivo se debería indicar que el punto central del plan estratégico mundial para el RSI será fortalecer los mecanismos actuales en vez de invertir recursos en la creación de otra estructura de sostenibilidad incierta que, por otro lado, podría obstaculizar el proceso de evaluación de riesgos, que es dinámico por definición y debe ser operacionalmente ágil a fin de servir de base para una respuesta eficaz.

53. Aunque en el plan definitivo y, por extensión, en el plan estratégico mundial para el RSI se debe dar prioridad a la eficiencia de las operaciones de alerta y respuesta y desplazar el punto central de atención de la Secretaría de la OMS a los Estados Partes como prioridad para el quinquenio, en una etapa posterior se podría considerar la posibilidad de establecer un grupo consultivo de expertos e introducir un nivel de alerta internacional de salud pública. Un método de calificación del riesgo que pueda usarse en

la evaluación de riesgos podría ser útil para fundamentar las medidas de salud pública a nivel nacional. Se subrayó que la información sobre los eventos de salud pública difundida por la Secretaría de la OMS por los canales existentes (por ejemplo, el sitio de información sobre eventos) podría tener una visión a más largo plazo y estar mejor estructurada, y se podrían poner de relieve los enlaces con planes de preparación y respuesta. Esta información también debería ser más explícita en cuanto a las medidas específicas de salud pública que se considere apropiado que los Estados Partes tomen en determinados momentos en el curso de un evento, antes de que las medidas de salud pública adopten una modalidad reactiva como ocurre normalmente cuando se declara una emergencia.

Pertinencia para la Región y posibles actividades regionales

54. Aunque no se formularon sugerencias concretas y se considera que la orientación disponible es suficiente en general, las actividades relacionadas con esta recomendación dentro de la Región giran en torno al fortalecimiento de las capacidades nacionales para la evaluación de riesgos y la comunicación de riesgos. Se subrayó en particular que la percepción de riesgos en los niveles técnico y político, entre países y dentro de ellos, podría ser diferente. En consecuencia, la evaluación de riesgos basada en criterios diversos podría llevar a la adopción de medidas de salud pública que tengan efectos negativos en subregiones geográficas enteras (por ejemplo, disminuyendo el turismo en el Caribe) y que no se justifiquen por razones de salud pública. En ese contexto, las intervenciones de comunicación de riesgos podrían ser sumamente difíciles.

Recomendación 7: Mejorar la observancia de los requisitos relacionados con las medidas adicionales y las recomendaciones temporales [comprendida en la esfera de acción 5 del proyecto de plan: Mejorar la observancia de las recomendaciones temporales establecidas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005)]

Consideraciones relativas a la recomendación

55. La recomendación se centra exclusivamente en las recomendaciones temporales que se formulan cuando se declara una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). Por consiguiente, su alcance es restrictivo con respecto al artículo 43, “Medidas sanitarias adicionales”. Las medidas de salud pública para manejar un evento en curso se ajustan dinámicamente y se adoptan como resultado del proceso continuo y reiterativo de evaluación de riesgos.

56. Aunque no hay ninguna disposición en el Reglamento que dé a la Secretaría de la OMS el mandato de dar seguimiento proactivamente a posibles medidas sanitarias adicionales usando fuentes de información informales, los datos acumulados desde la entrada en vigor del Reglamento en el 2007 como parte de las actividades de información especial sobre epidemias encomendadas a la Secretaría de la OMS demuestran que los Estados Partes también adoptan medidas sanitarias adicionales para responder a eventos que no constituyen una ESPII.

57. Los Estados Partes señalaron que la aplicación del artículo 43 se ve obstaculizada por perspectivas políticas, técnicas y científicas en pugna, y que la percepción de los riesgos y la presión del público a menudo llevan a la adopción de medidas por políticos con poder de decisión, haciendo caso omiso de las pruebas científicas.

58. Se señaló que a la falta de información acerca del modo de funcionamiento de la Secretaría de la OMS, se suma la falta de transparencia y coherencia en la manera en que la Secretaría aborda eventos que se producen en diferentes Estados Partes y las posibles medidas adicionales adoptadas por terceros.

59. También se señaló que la legislación nacional actual podría impedir que los Estados Partes cumplan las disposiciones del artículo 43. Los Estados Partes y la Secretaría de la OMS podrían ejercer una presión indebida sobre otro Estado Parte para que levante medidas que haya tomado ya sea porque el país no está preparado para manejar un riesgo para la salud pública sin poner en riesgo la seguridad nacional (por ejemplo, los Estados Partes que habían solicitado prórrogas de manera transparente) o porque está operando de acuerdo con las leyes nacionales en materia de cuarentena.

60. Un experto en derecho sanitario internacional explicó con lujo de detalles y con ejemplos que la participación de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en el arreglo de diferencias de conformidad con el RSI, como se propone en la recomendación, no es una opción viable y realista. Las mismas consideraciones también se aplican a la propuesta de formulación de recomendaciones permanentes. Los Estados Partes indicaron que no resulta clara la forma en que el sector de la salud iniciaría procedimientos que pudieran elevarse a la OMC.

61. Se señaló que en la recomendación se insta a los Estados Partes a que trabajen con el sector privado. Sin embargo, a pesar de que las autoridades nacionales ya están adoptando medidas a este respecto, no es necesariamente factible o posible que las autoridades nacionales ejerzan una función de supervisión. En cuanto al trabajo de la Secretaría de la OMS con el sector privado, se señaló que eso tendría que hacerse de acuerdo con el marco para la colaboración con agentes no estatales.

Observaciones sobre el proyecto de plan a fin de orientar la elaboración del plan definitivo

62. En el plan definitivo se debería ampliar explícitamente su alcance y abarcar las medidas sanitarias adicionales en todo momento, más allá de una ESPII, haciendo hincapié en el proceso continuo que constituye la base del manejo de los eventos de salud pública.

63. En el plan definitivo se debería definir claramente la palabra “significativas” utilizada en la frase “trabas significativas” para los viajes y el comercio que consta en el artículo 43.

64. En el plan definitivo se debería indicar que el proceso para establecer un procedimiento estandarizado para el seguimiento y la gestión de medidas adicionales, incluido el incremento escalonado en casos de incumplimiento, será verdaderamente participativo, abarcando tanto a los Estados Partes como a la Secretaría de la OMS. Deberían presentarse detalles y la cronología de este proceso.

65. Al establecerse un procedimiento estandarizado de ese tipo se debería tratar de superar el tratamiento asimétrico de distintos Estados Partes y, en consecuencia, mejorar la transparencia. Se formularon las siguientes sugerencias:

- a) Los criterios que apliquen los Estados Partes y la Secretaría de la OMS para determinar si una medida debería o podría considerarse como medida adicional deberían ser explícitos.
- b) Se debería promover el diálogo entre los Estados Partes y con la Secretaría de la OMS a fin de que no se lo perciba como un procedimiento punitivo, lo cual inhibiría aún más la comunicación fluida. En particular, el procedimiento debería promover el diálogo bilateral. Habrá que alcanzar un equilibrio delicado entre la rigidez de un procedimiento estandarizado y la flexibilidad que propicia el diálogo para asegurar la uniformidad y la transparencia.
- c) También debería contemplarse una opción para que los Estados Partes puedan apelar.

Pertinencia para la Región y posibles actividades regionales

66. Las actividades relacionadas con esta recomendación a nivel regional consisten en: (i) mejorar la capacidad de análisis de riesgos a nivel nacional; y (ii) catalizar la comunicación entre las áreas técnicas de las diferentes entidades institucionales vinculadas al RSI y el ámbito político, entre ellas la oficina de relaciones externas o internacionales del ministerio de salud y el ministerio de relaciones exteriores.

Recomendación 8: Reforzar los Centros Nacionales de Enlace para el RSI
[comprendida en la esfera de acción 1 del proyecto de plan: Acelerar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los países]

Consideraciones relativas a la recomendación

67. La recomendación es pertinente. Sin embargo, excede las funciones de comunicación atribuidas a los CNE en virtud del artículo 4 y se refiere en cambio a “todas sus funciones obligatorias de coordinación”. Se reconoció que el posicionamiento y la estructura institucional de los CNE (funciones de CNE desempeñadas por una entidad existente en vez de la creación de una oficina especial como CNE), así como su condición jurídica y las funciones que se les asignen o que desempeñen, varían mucho de un país a otro, dentro y fuera de la Región.

68. Para consolidar estas funciones, es necesario alcanzar un delicado equilibrio con respecto al posicionamiento institucional de los CNE, incluidas las consideraciones acerca de si se debe priorizar, y en qué medida, la conectividad institucional en vez de los conocimientos técnicos especializados. Aunque hay grandes diferencias institucionales entre los países, debidas en parte a su tamaño, generalmente es cierto que, aunque una posición institucional elevada de los CNE podría facilitar su acceso al nivel decisorio, también podría poner en peligro su continuidad y su comunicación operativa al exponerlos a influencias políticas y cambios políticos. El artículo 4 es una de las pocas disposiciones del RSI que dictan claramente la atribución de funciones institucionales. xx

69. Para responder a esas preocupaciones, varios Estados Partes de la Región han creado oficinas especiales como CNE, en vez de asignar esas funciones a entidades institucionales existentes. Durante casi 10 años, las oficinas que actúan como CNE han dicho que han afrontado los mismos retos, entre ellos complejas interacciones intersectoriales con numerosos mecanismos de coordinación coexistentes, recursos insuficientes, superposición con la estructura de manejo de emergencias y falta de reconocimiento jurídico a pesar de la necesidad de extender sus funciones. Estas dificultades pueden indicar la necesidad de un examen minucioso del posicionamiento institucional y las funciones de los CNE en la Región.

Observaciones sobre el proyecto de plan a fin de orientar la elaboración del plan definitivo

70. Teniendo en cuenta el artículo 4, en el plan definitivo se deberían definir claramente las funciones mínimas de los CNE e incorporarlas en el plan estratégico mundial para el RSI. En particular, el alcance de toda función de coordinación intrasectorial e intersectorial en relación con la aplicación del Reglamento que pueda estar implícita en el artículo 4 debería describirse detalladamente.

71. En el plan definitivo se debería indicar más específicamente lo que la Secretaría de la OMS tiene la intención de fortalecer a nivel de los CNE y qué estrategias usaría con ese fin, en particular con respecto a asuntos jurídicos, la sostenibilidad de las funciones de los CNE y el apoyo político creciente. Eso deberá reflejarse en el plan estratégico mundial para el RSI.

72. Con respecto a los demás componentes del posible plan estratégico mundial para el RSI, el plan definitivo debería contener indicaciones de los recursos financieros disponibles a nivel de país.

Pertinencia para la Región y posibles actividades regionales

73. Las actividades relacionadas con esta recomendación son sumamente prioritarias para la Región.

74. En vista de las grandes diferencias entre regiones en lo que se refiere a las capacidades, todo documento de orientación de la Secretaría de la OMS debería

producirse a nivel regional a fin de que el contenido sea apropiado para el contexto. Eso ayudará a prevenir retrocesos en las regiones y en los Estados Partes donde la capacidad de los CNE ya está bien asentada y sus funciones se comprenden bien. Toda orientación para guiar el desarrollo de procesos operativos será bienvenida.

75. Se sugirió que se hagan reuniones regionales anuales de los CNE para mejorar la comunicación entre los CNE y como mecanismo para ejercer presión entre entidades homólogas.

76. La necesidad de impartir capacitación para los CNE se mencionó en varias ocasiones. Sin embargo, no se hicieron sugerencias específicas con respecto a las áreas o los temas que deberían abordarse.

Recomendación 9: Dar prioridad al apoyo a los países más vulnerables [comprendida en la esfera de acción 1 del proyecto de plan: Acelerar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los países]

Consideraciones relativas a la recomendación

77. Los criterios para definir la vulnerabilidad están poco claros en la recomendación. A menudo, la vulnerabilidad en esta esfera de acción se determina sobre la base de criterios económicos, lo cual es un enfoque restrictivo y de poca visión. Se observó que la Oficina tiene en cuenta criterios tanto económicos como no económicos para definir los países prioritarios de la Región de las Américas. Sin embargo, está poco claro cómo se vincula la prioridad a las mediciones de la vulnerabilidad.

78. Se subrayó la necesidad de proporcionar asistencia a cualquier país, independientemente de su clasificación desde el punto de vista de su situación de vulnerabilidad, que afronte circunstancias que excedan su capacidad en el ámbito de la salud pública.

79. Se señaló que las actividades transfronterizas deberían encararse de una manera más amplia, sin limitarse a la cuestión de los pasos fronterizos terrestres que se aborda en el Reglamento. En consecuencia, la Secretaría de la OMS debería considerar la posibilidad de aprovechar el enfoque adoptado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Establecer grupos de trabajo transfronterizos en momentos de crisis podría ser difícil cuando los recursos humanos están dedicados por completo a actividades de preparación y respuesta.

Observaciones sobre el proyecto de plan a fin de orientar la elaboración del plan definitivo

80. La recomendación y el proyecto de plan no concuerdan: la recomendación se centra en situaciones de emergencia, mientras que el proyecto de plan se centra en el aumento de la capacidad. Por consiguiente, en el plan definitivo y, por extensión, en el plan estratégico mundial para el RSI se debería aclarar el punto central y, si prevalece el

enfoque de formación de capacidad, explicar la forma en que el enfoque estratégico diferiría del empleado en otros Estados Partes.

81. En el plan definitivo se deberían especificar los criterios que se usarán para definir los Estados Partes “muy vulnerables y de escasa capacidad”. Estos criterios deberán incluirse en el plan estratégico mundial para el RSI.

82. En el plan definitivo y, por extensión, en el plan estratégico mundial para el RSI, se debería indicar más claramente la forma en que el apoyo que podría proporcionar la Secretaría de la OMS se coordinará con el apoyo proporcionado por los asociados de acuerdo con el artículo 44.

Pertinencia para la Región y posibles actividades regionales

83. No se formuló ninguna sugerencia excepto por la necesidad de que la Oficina aclare la relación entre los criterios utilizados para definir los países prioritarios en los procesos de planificación de la OPS y los criterios para determinar la vulnerabilidad.

Recomendación 10: Potenciar las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud [comprendida en la esfera de acción 1 del proyecto de plan: Acelerar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los países]

Consideraciones relativas a la recomendación

84. Aunque hubo acuerdo en que las capacidades básicas detalladas en el RSI deberían encuadrarse en las funciones esenciales de salud pública y estar vinculadas a ellas, se observó que las funciones esenciales de salud pública en su forma actual no abarcan necesariamente todos los componentes relacionados con las disposiciones del RSI en todos los sectores. La recomendación no indica el marco conceptual invocado para fundamentarla.

Observaciones sobre el proyecto de plan a fin de orientar la elaboración del plan definitivo

85. Considerando que la gobernanza, los recursos humanos, el financiamiento y la legislación han sido mencionados sistemáticamente por los Estados Partes como limitaciones importantes de su capacidad para cumplir y aplicar las disposiciones del RSI de una manera sostenible, en el plan definitivo y, por extensión, en el plan estratégico mundial para el RSI se debería presentar el marco conceptual que constituye la base las actividades propuestas (véase también la recomendación 3).

86. Se entiende claramente que las funciones de preparación, alerta temprana y respuesta solo pueden ser eficaces y sostenibles si están incorporadas en el sistema de salud en su conjunto. El plan definitivo y, por extensión, el plan estratégico mundial para el RSI deberían ser explícitos con respecto a las estrategias previstas para promover y

desencadenar cambios a fin de pasar de las capacidades básicas del RSI a las funciones esenciales de salud pública, manteniendo al mismo tiempo un nivel suficiente de conciencia política con respecto a los derechos y las obligaciones de los Estados Partes frente a la comunidad internacional de conformidad con las disposiciones del RSI.

87. De manera análoga, es necesario presentar en detalle las estrategias para subsanar las brechas e integrar el trabajo de los departamentos del ministerio de salud que aplican el RSI a diario con el trabajo de otros departamentos del ministerio de salud y otros sectores encargados de la planificación, el financiamiento y los recursos humanos.

88. En el plan definitivo se debería indicar que en el plan estratégico mundial para el RSI se tendrán en cuenta las grandes diferencias entre los Estados Partes con respecto a la madurez de sus sistemas de salud y al grado de aplicación del RSI. Eso ayudaría a asegurar que los Estados Partes adopten el modelo más apropiado para integrar las capacidades básicas en sus sistemas de salud, haciendo hincapié en modelos de planificación para evitar retrocesos en los casos en que ya haya una integración parcial o total (véase también la recomendación 2).

Pertinencia para la Región y posibles actividades regionales

89. No se propusieron actividades para la Región en relación con esta recomendación.

Recomendación 11: Mejorar el intercambio rápido de información y datos científicos y de salud pública [comprendida en la esfera de acción 6 del proyecto de plan: Intercambio rápido de información científica]

Consideraciones relativas a la recomendación

90. La recomendación no se considera totalmente apropiada y hay dudas acerca de su congruencia con los artículos 7 y 45 del Reglamento. Hay que definir mejor los conceptos de riesgo, emergencia y crisis, y encuadrar más claramente las diferencias entre ellos.

Observaciones sobre el proyecto de plan a fin de orientar la elaboración del plan definitivo

91. El plan definitivo tiene que ser explícito en cuanto a las políticas y los mecanismos clave establecidos para regir el uso de los datos y la información que los Estados Partes proporcionan a la OMS.

92. Estas políticas y mecanismos deben ser examinados a fondo por los Estados Partes y los procesos para hacerlo deberían indicarse en el plan definitivo.

93. En el plan definitivo deben abordarse también las cuestiones de confidencialidad, estableciendo condiciones específicas para invocar la confidencialidad y definir datos como sensibles. Es posible que un evento de salud inusual detectado en el sector privado

no genere una señal debido a la preocupación por la violación de la confidencialidad. Las mismas inquietudes se aplicarían a las listas detalladas proporcionadas por los Estados Partes pequeños.

94. De manera análoga, en el plan definitivo se debe definir la frase “en pie de igualdad” y se debe indicar explícitamente que los proveedores de datos o los investigadores *in situ* deben, como mínimo, ser informados acerca de los resultados y las conclusiones de cualquier estudio realizado con los datos que hayan proporcionado.

Pertinencia para la Región y posibles actividades regionales

95. Las actividades relacionadas con esta recomendación se consideran prioritarias para la Región. En particular, los Estados Partes de la subregión del Caribe recibirían con beneplácito más apoyo de la Oficina para actualizar la legislación nacional, incluido el establecimiento de un marco legislativo que rijan al sector privado.

Recomendación 12: Reforzar la capacidad de la OMS y las alianzas para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y responder a las emergencias sanitarias [comprendida en la esfera de acción 2 del proyecto de plan: Reforzar la capacidad de la OMS para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y en la esfera de acción 5: Mejorar la observancia de las recomendaciones temporales establecidas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005)]

Consideraciones relativas a la recomendación

96. Se abordan demasiados subelementos, algunos de ellos están poco claros y su agrupación bajo un título común parece incompatible con la estructura general del informe. Por consiguiente, resultó difícil hacer un análisis exhaustivo.

97. No obstante, se reiteró que, cuando los mandatos son claros, las actividades encaminadas a difundir conocimientos y concientizar acerca del RSI, así como a usar el RSI para mejorar la comunicación con otros organismos de las Naciones Unidas y organizaciones internacionales, son útiles.

Observaciones sobre el proyecto de plan a fin de orientar la elaboración del plan definitivo

98. Aunque la reforma de la labor de la OMS en situaciones de emergencia fue solicitada por los Estados Miembros tras el brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental y la creación reciente del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS contó con el respaldo de la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, se expresó preocupación con respecto al impacto que este programa podría tener en las instituciones nacionales.

99. Por consiguiente, en el plan definitivo se debería indicar con claridad que, salvo que haya indicios que justifiquen una reestructuración de las instituciones nacionales

debido a deficiencias en las funciones esenciales de salud pública, lo que los Estados Partes podrían experimentar es un cambio en la forma en que interactúan con la OMS a diario.

Pertinencia para la Región y posibles actividades regionales

100. Es necesario que la Oficina comunique claramente los cambios institucionales a las autoridades nacionales, que especifique la forma en que estos cambios podrían afectar a las interacciones con las autoridades nacionales diariamente y durante emergencias, y que describa los criterios y procesos que justifiquen la introducción de cambios institucionales a nivel nacional.

Recomendación 1: Aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) en vez de modificarlo (“*En este momento no es necesario ni sería beneficioso abrir un proceso de modificación del RSI.*”)

101. Tras un examen exhaustivo tanto de la recomendación del Comité de Examen como del proyecto de plan, hubo acuerdo en que, por el momento, no se justifica modificar el RSI.

Conclusiones

102. Se acordó que la Oficina presentaría el informe de la reunión al 55.º Consejo Directivo para su consideración e intervención ulterior a fin de plantear la posición de la Región a los órganos deliberantes de la OMS.

103. Los funcionarios de la OPS indicaron que buscarían el formato y los mecanismos de los Cuerpos Directivos más apropiados para hacerlo.

104. En preparación para la 140.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, con objeto de consolidar el consenso dentro y fuera de la Región en torno a la posición expresada por los Estados Partes de la Región de las Américas durante la reunión, se sugirió que la Oficina prepare una nota informativa sobre este asunto a fin de difundirla por medio del Grupo de las Américas (GRUA).

Apéndice II

Comités Regionales 2016

Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado

1. En mayo de 2016, el Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado presentó sus recomendaciones a la Directora General en la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud.¹ La Asamblea de la Salud adoptó la decisión WHA69(14), en la que, entre otras cosas, pidió a la Directora General «que elaborara, para su consideración por los comités regionales en 2016, un proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen en el que se incluyan medidas inmediatas para mejorar el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) mediante el refuerzo de los enfoques existentes y se indique la manera de proceder para poner en práctica las nuevas propuestas que requieren deliberaciones técnicas adicionales por parte de los Estados Miembros».² Asimismo, pidió a la Directora General que presentara una versión final del plan de aplicación a la consideración del Consejo Ejecutivo, en su 140.^a reunión.

Líneas generales del proyecto de plan mundial de aplicación

2. El Comité de Examen formuló 12 recomendaciones principales y 60 recomendaciones secundarias. En la primera recomendación instaba a «aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) en vez de modificarlo». Sin embargo, durante las deliberaciones de la Asamblea de la Salud sobre el informe del Comité, varios representantes de Estados Miembros manifestaron que les preocupaba que algunas de las recomendaciones pudieran, de hecho, exigir la revisión del Reglamento Sanitario Internacional (2005), si bien ese grupo específico de recomendaciones no se debatió a fondo. Así pues, en el presente proyecto de plan mundial de aplicación se proponen diferentes modalidades y enfoques para llevar a la práctica las recomendaciones del Comité de Examen cuya planificación y aplicación pueda iniciarse de inmediato. Con respecto a las otras recomendaciones, se propone una posible vía de avance. En el anexo se presenta una visión general de la relación entre las esferas de acción propuestas en el proyecto de plan mundial de aplicación y las recomendaciones del Comité de Examen.

3. Las seis esferas de acción propuestas en el proyecto de plan mundial de aplicación son las siguientes:

- **Acelerar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los países** – esta esfera engloba las recomendaciones 2, 3, 8, 9 y 10 del Comité de Examen.
- **Reforzar la capacidad de la OMS para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005)** – esta esfera engloba las recomendaciones 4 y 12 del Comité de Examen, excepto las recomendaciones secundarias 12.7 y 12.8.

¹ Documento A69/21 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-sp.pdf).

² Documento A69/DIV./3 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-sp.pdf).

- **Mejorar el seguimiento, evaluación y notificación de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional (2005)** – esta esfera representa la propuesta de la Directora General en respuesta a la recomendación 5 del Comité de Examen.
- **Mejorar la gestión de eventos, en particular la evaluación y la comunicación de los riesgos** – esta esfera representa la propuesta de la Directora General en respuesta a la recomendación 6 del Comité de Examen.
- **Mejorar la observancia de las recomendaciones temporales establecidas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005)** – esta esfera representa la propuesta de la Directora General en respuesta a la recomendación 7 y a las recomendaciones secundarias 12.7 y 12.8 del Comité de Examen.
- **Intercambio rápido de información científica** – esta esfera representa la propuesta de la Directora General en respuesta a la recomendación 11 del Comité de Examen.

Esfera 1. Acelerar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los países

4. Para acelerar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los países en consonancia con las recomendaciones del Comité de Examen, la OMS dará prioridad a las medidas destinadas a:

- elaborar un plan estratégico mundial quinquenal que mejore la preparación y la respuesta de salud pública partiendo de las iniciativas regionales y de las enseñanzas extraídas, y que se presentará a los Estados Miembros en la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2017, y que se seguirá a su vez de la elaboración o adaptación de los planes de acción regionales pertinentes;
- elaborar planes de acción nacionales quinquenales basados en el plan estratégico mundial y en los planes de acción regionales pertinentes;
- dar prioridad al apoyo de la OMS a los países muy vulnerables y de escasa capacidad, basándose para ello en evaluaciones objetivas de las capacidades nacionales básicas (véase la esfera 3);
- movilizar recursos financieros para facilitar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) a nivel mundial, regional y nacional;
- apoyar y seguir fortaleciendo la labor de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI; y
- vincular de forma sistemática el refuerzo de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) con el fortalecimiento de los sistemas de salud.

5. La OMS propone que la versión final del plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen debería servir de base para que el plan estratégico mundial mejore la preparación y la respuesta de salud pública. El plan estratégico mundial se aplicaría a través del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS,¹ cuyo marco de resultados²

¹ Documento A69/30 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-sp.pdf).

² WHO Health Emergency Programme Results Framework and Budget Requirements 2016-2017, 16 de mayo de 2016, en inglés (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/emergency-programme-framework-budget.pdf?ua=1).

incluye todos los elementos pertinentes para dar apoyo a las seis esferas de acción que integran el proyecto de plan mundial de aplicación.

6. Con arreglo al presente proyecto de plan mundial de aplicación, los países más vulnerables y con menos capacidad tendrían prioridad para las actividades de la OMS en materia de creación de capacidad en los países. La OMS también colaborará con los asociados para movilizar asistencia técnica y financiera destinada a los países muy vulnerables y de escasa capacidad con objeto de llevar a cabo la evaluación de sus capacidades básicas y la elaboración y aplicación de planes de acción nacionales para abordar las deficiencias y puntos débiles lo antes posible.

7. La OMS colaborará con los países para alentar la asignación de recursos financieros internos a los planes de acción nacionales destinados a desarrollar y mantener las capacidades básicas en materia de vigilancia y respuesta, tal como se acordó en la Agenda de Acción de Addis Abeba de la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo;¹ elaborará modelos para determinar los costos y los presupuestos de los planes de acción nacionales en el contexto de los planes generales de fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, y ayudará a los Estados Partes a movilizar y lograr apoyo internacional financiero y en especie para los planes de acción nacionales, manteniendo y mejorando el Portal de Alianzas Estratégicas de la OMS.

8. La OMS impulsará medidas que permitan fortalecer la capacidad de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI de utilizar el Reglamento Sanitario Internacional (2005), entre otras cosas pidiendo que dichos centros tengan una función más destacada en la administración pública, tanto en el sector sanitario como en otros sectores. Asimismo, la OMS acelerará la elaboración o revisión de procedimientos operacionales normalizados y directrices sobre la función de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, y hará recomendaciones para dotarlos de recursos y autoridad adecuados para cumplir sus obligaciones, en particular mediante la adopción de leyes nacionales apropiadas con respecto a sus funciones. La OMS reforzará su labor para mantener una red sólida de Centros Nacionales de Enlace para el RSI mediante reuniones periódicas regionales y mundiales con fines de capacitación e intercambio de enseñanzas extraídas, con el fin de acelerar el uso cotidiano del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

9. La OMS seguirá reforzando los vínculos operacionales entre su labor de fortalecimiento de los sistemas de salud y el nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, prestando una especial atención a garantizar un programa de trabajo conjunto en la elaboración de planes de acción nacionales y la puesta en marcha de actividades de creación de capacidad en los ámbitos de recursos humanos para la salud, la financiación de la salud y la resiliencia de los sistemas sanitarios. Ello tendrá un impacto beneficioso en la seguridad sanitaria, mediante el fomento de las capacidades básicas exigidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y en la cobertura sanitaria universal.

Esfera 2. Reforzar la capacidad de la OMS para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005)

10. El nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS reforzará considerablemente la capacidad de la Organización para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Con el

¹ Resolución 69/313 de la Asamblea General de las Naciones Unidas
(http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/313&referer=/english/&Lang=S).

nuevo Programa, el personal dedicado al Reglamento y al fortalecimiento de la capacidad de preparación se incrementará considerablemente en los tres niveles de la Organización, en particular en los países más vulnerables y de escasa capacidad. La preparación de los países en materia de emergencias sanitarias en el contexto del Reglamento Sanitario Internacional (2005) es uno de los principales elementos del marco de resultados del nuevo Programa, que incluye productos relacionados con el monitoreo y la evaluación de las capacidades básicas con respecto a la gestión de los riesgos de emergencia por todo tipo de peligros, la formulación de planes nacionales y el desarrollo de capacidades básicas críticas para la preparación ante las emergencias sanitarias, y la prestación de apoyo de secretaría a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

11. En el contexto del nuevo Programa, la OMS mejorará su coordinación y colaboración en materia de emergencias sanitarias con otras entidades y organismos dentro y fuera del sistema de las Naciones Unidas. A fin de promover el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y su aplicación plena, la OMS se basará en su labor preliminar para lograr que el fomento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) se incluya entre las competencias del Representante Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. Con ello se pretende velar por que el Reglamento sea bien entendido y tenga una posición destacada en todos los sectores, tanto en los gobiernos como en las organizaciones internacionales, y que su aplicación continua sea seguida de cerca. Ello mejoraría el conocimiento y el reconocimiento mundiales del Reglamento y sería una importante señal, desde fuera de la OMS, de la importancia del Reglamento para los gobiernos de los países, y no solo para los ministerios de salud.¹

12. El Comité Permanente entre Organismos es el mecanismo principal de coordinación interinstitucional de la asistencia humanitaria internacional, y es convocado por el Coordinador de Socorro de Emergencia de las Naciones Unidas, de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas. El 7 de junio de 2016, los Directores de los organismos participantes en el Comité Permanente entre Organismos llegaron a un acuerdo sobre el uso de los mecanismos de dicho Comité y de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas para coordinar la respuesta internacional a emergencias infecciosas de gran escala, bajo la dirección estratégica y técnica de la OMS. La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas y la OMS dirigirán la redacción de procedimientos operativos normalizados para la labor del Comité Permanente en emergencias causadas por enfermedades infecciosas, con el objetivo de disponer de un proyecto de documento para finales de septiembre de 2016. El avance en ese sentido estará entre las cuestiones de las que se informará al equipo de tareas sobre las crisis sanitarias mundiales constituido por el Secretario General de las Naciones Unidas para supervisar y apoyar la aplicación de las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias.²

13. El nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS establece también una serie de mecanismos para seguir reforzando la labor de la Organización en las alianzas con respecto a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), sobre todo en colaboración con la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, los integrantes del Grupo de Acción Sanitaria Mundial y diversas redes de expertos. En junio de 2016, el Comité Directivo de la Red

¹ Véase el documento A69/21, anexo, recomendación secundaria 4.1 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-sp.pdf).

² Véase el documento A69/30, párr. 13 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-sp.pdf).

Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos acordó seguir reforzando la Red con objeto de mejorar la capacidad de la OMS en relación con la vigilancia y la evaluación y comunicación de los riesgos.

Esfera 3. Mejorar el seguimiento, evaluación y notificación de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

14. Tras la adopción de la resolución WHA61.2 de la Asamblea de la Salud, en la que se pide a los Estados Partes que informen anualmente sobre la aplicación del Reglamento,¹ el instrumento para que los Estados Partes llevaran a cabo las autoevaluaciones y presentaran los informes anuales era la Lista de comprobación e indicadores de la OMS para seguir los progresos del desarrollo en los Estados Partes de las capacidades básicas requeridas por el RSI.² El proceso de presentación de informes anuales implicaba la evaluación de la aplicación de ocho capacidades básicas y del desarrollo de capacidades en los puntos de entrada con respecto a los peligros previstos en el Reglamento, en particular los biológicos (zoonosis, inocuidad de los alimentos y otros peligros de carácter infeccioso), químicos, radiológicos y nucleares, con base en lo establecido en el anexo 1 del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

15. El Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI recomendó en 2014 «pasar de la autoevaluación exclusiva a métodos que combinen la autoevaluación con el examen colegiado por expertos y con evaluaciones externas voluntarias con intervención de expertos tanto nacionales como independientes».³ En 2015 los Comités Regionales de la OMS debatieron una nota conceptual⁴ en la que se esbozaba este enfoque revisado, y la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud tomó nota del Marco revisado de seguimiento y evaluación del Reglamento Sanitario Internacional (2005),⁵ que consta de cuatro componentes: presentación de informes anuales, evaluación externa conjunta, examen posterior a la acción y/o ejercicios de simulación.

16. La Secretaría, con aportaciones de los asociados, ha elaborado un instrumento de evaluación externa conjunta,⁶ que es uno de los cuatro componentes del nuevo Marco de seguimiento y evaluación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Hasta julio de 2016, el instrumento se ha utilizado en 10 países. Contiene 19 áreas agrupadas en cuatro epígrafes principales: prevención, detección, respuesta y otros peligros relacionados con el RSI y puntos de entrada. En el nuevo Marco de seguimiento y evaluación se propone que todos los países realicen al menos una evaluación externa cada cuatro años.

17. La Directora General propone que los Estados Partes deberían seguir realizando autoevaluaciones para presentar a la OMS informes anuales sobre el logro de las capacidades básicas exigidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Asimismo, propone que el nuevo Marco de seguimiento y evaluación debería ser utilizado por todos los Estados Partes para analizar sus capacidades básicas y, con carácter voluntario, para complementar la información contenida en las autoevaluaciones anuales, prestando una atención especial a las experiencias y las enseñanzas extraídas de las evaluaciones voluntarias externas. Por coherencia con el nuevo Marco de seguimiento y evaluación, se propone que después de 2016 el instrumento de

¹ Resolución WHA61.2 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf).

² <http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/>, en inglés.

³ Documento A68/22 Add.1, anexo 1 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-sp.pdf).

⁴ http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/en/, en inglés.

⁵ Documento A69/20, anexo (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-sp.pdf).

⁶ http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2016_2/en/, en inglés.

presentación de informes anuales tenga el mismo formato que el instrumento de evaluación externa conjunta con respecto a aquellos componentes del informe anual de autoevaluación que también figuren en el instrumento de evaluación externa conjunta.

Esfera 4. Mejorar la gestión de eventos, en particular la evaluación y la comunicación de los riesgos

18. Un elemento fundamental del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS es el nuevo conjunto unificado de procedimientos en los tres niveles de la Organización para llevar a cabo evaluaciones rápidas de riesgos en respuesta a eventos de salud pública detectados recientemente. Los nuevos procedimientos implicarán una evaluación sistemática de los peligros, la exposición, la vulnerabilidad y las capacidades, a fin de determinar si un evento conlleva un riesgo bajo, medio, alto o muy alto de amplificación y propagación internacional. Los resultados de tales evaluaciones de riesgos se harán públicos, además de difundirse a través de los actuales procedimientos de la OMS, y, en caso de eventos de riesgo alto o muy alto, se comunicarán directa e inmediatamente al Secretario General de las Naciones Unidas, a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI y a los Directores de los organismos que forman parte del Comité Permanente entre Organismos.

19. El Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS iniciará en un plazo de 72 horas una evaluación sobre el terreno cuando se le notifiquen patógenos que supongan una amenaza grave (por ejemplo, la transmisión humana de un nuevo virus de la gripe), conglomerados de muertes inexplicadas en entornos muy vulnerables y con escasos recursos, y otros eventos que se consideren pertinentes a discreción del Director General. Cuando sea factible, el Programa integrará a organismos asociados con conocimientos especializados pertinentes para que presten asistencia en las evaluaciones de riesgos. Los resultados se comunicarán al Director General antes de transcurridas 24 horas desde la finalización de la evaluación, junto con las recomendaciones del Programa con respecto a la mitigación de riesgos, la gestión y las medidas de respuesta, según proceda.¹

20. La Directora General establecerá un grupo de expertos en asesoramiento científico para peligros infecciosos que ayude a orientar la labor de la Organización en la evaluación y gestión de riesgos de salud pública nuevos y en evolución, así como su labor general de identificación, caracterización y mitigación de patógenos que suponen una amenaza grave.

Esfera 5. Mejorar la observancia de las recomendaciones temporales establecidas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

21. En el contexto de las emergencias de salud pública de importancia internacional de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la OMS ha efectuado un seguimiento *ad hoc* de las medidas adicionales adoptadas por los Estados Partes que fueron más allá de las recomendaciones temporales de la Directora General respecto de los viajes y el comercio. De cara al futuro, la OMS establecerá un proceso normalizado para detectar, cotejar y supervisar esas medidas adicionales, y para colaborar sistemáticamente con los Estados Partes pertinentes a fin de verificar las medidas notificadas, comprender los fundamentos de su aplicación y, de no ser adecuadas, pedir que se rescindan.

¹ Véase el documento A69/30, párrafo 10 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-sp.pdf).

22. La OMS mantendrá un repositorio accesible de medidas de salud pública adoptadas por los países en respuesta a emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las recomendaciones para los viajeros. Con arreglo a los datos recogidos en ese repositorio, la Secretaría de la OMS informará públicamente sobre las medidas adicionales a través del sitio web de la Organización y a la Asamblea de la Salud como parte de la presentación ordinaria de informes sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). La OMS establecerá un sistema de seguimiento con los países que notifiquen medidas adicionales, y estudiará la posibilidad de elaborar procedimientos operacionales normalizados en caso de aumento de los casos de incumplimiento.

Esfera 6. Intercambio rápido de información científica

23. En 2016 la Directora General de la OMS ha puesto en marcha en la Organización nuevas políticas y mecanismos, en el contexto de las emergencias de salud pública, para el intercambio de listas digitalizadas de datos con entidades apropiadas con objeto de llevar a cabo estudios epidemiológicos y modelos matemáticos que ayuden a comprender las emergencias y la respuesta que se les da, y garantizar un acceso rápido a nueva información y datos procedentes de estudios de salud pública y ensayos clínicos para la aplicación oportuna de dichos datos en una respuesta.

24. Las conclusiones, deliberaciones y recomendaciones del Grupo de Examen para el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica orientarán la siguiente fase de la labor de la OMS con respecto a la mejora del intercambio de datos de secuencias génicas de otros patógenos.

Intervención del Comité Regional

25. Se invita al Comité Regional a que formule observaciones sobre el proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado, impulsado por la Directora General, con objeto de orientar la elaboración de una versión final del plan de aplicación para someterlo al examen del Consejo Ejecutivo en su 140.^a reunión, en enero de 2017.

Anexo del apéndice II

Relación entre las esferas de acción propuestas del proyecto de plan mundial de aplicación y las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado

Esfera de acción del proyecto de plan mundial de aplicación	Correspondencia con las recomendaciones del Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado
<p>1. Acelerar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los países.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un plan estratégico mundial para mejorar la preparación y la respuesta de salud pública, y presentarlo a los Estados Miembros en la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2017. • Dar prioridad al apoyo de la OMS a los países muy vulnerables y de escasa capacidad, basándose para ello en evaluaciones objetivas. • Movilizar recursos financieros para facilitar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) a nivel mundial, regional y nacional. • Apoyar y seguir fortaleciendo la labor de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI. • Vincular las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) con el fortalecimiento de los sistemas de salud. 	<p>Recomendación 2. Elaborar un plan estratégico mundial para mejorar la preparación y la respuesta de salud pública.</p> <p>Recomendación 3. Financiar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular para apoyar el plan estratégico mundial.</p> <p>Recomendación 8. Reforzar los Centros Nacionales de Enlace para el RSI.</p> <p>Recomendación 9. Dar prioridad al apoyo a los países más vulnerables.</p> <p>Recomendación 10. Potenciar las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud.</p>
<p>2. Reforzar la capacidad de la OMS para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la colaboración de la OMS con el sistema de las Naciones Unidas. • Fortalecer la capacidad de la OMS para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005). 	<p>Recomendación 4. Mejorar el conocimiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y reafirmar la función de liderazgo de la OMS, dentro del sistema de las Naciones Unidas, en la aplicación del Reglamento.</p> <p>Recomendación 12. Reforzar la capacidad de la OMS y las alianzas para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y responder a las emergencias sanitarias.</p>
<p>3. Mejorar el seguimiento, evaluación y notificación de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional (2005).</p>	<p>Recomendación 5. Introducir y fomentar la evaluación externa de las capacidades básicas.</p>

<p>Esfera de acción del proyecto de plan mundial de aplicación</p>	<p>Correspondencia con las recomendaciones del Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado</p>
<p>4. Mejorar la gestión de eventos, en particular la evaluación y la comunicación de los riesgos.</p>	<p>Recomendación 6. Mejorar la evaluación y la comunicación de los riesgos por parte de la OMS.</p>
<p>5. Mejorar la observancia de las recomendaciones temporales establecidas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005).</p>	<p>Recomendación 7. Mejorar la observancia de los requisitos relacionados con las medidas adicionales y las recomendaciones temporales.</p> <p>Recomendación 12.7. La OMS debería colaborar con la OMC [...] para elaborar un modelo prototípico para las recomendaciones permanentes [...]</p> <p>Recomendación 12.8. La OMS debería alentar el reconocimiento de esas recomendaciones permanentes en los procedimientos de solución de controversias [...]</p>
<p>6. Intercambio rápido de información científica.</p>	<p>Recomendación 11. Mejorar el intercambio rápido de información y datos científicos y de salud pública.</p>

Apéndice III

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) *(Anexo al documento A69/20)*

Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Marco de seguimiento y evaluación **Principios del nuevo Marco de seguimiento y evaluación del RSI**

1. El nuevo Marco de seguimiento y evaluación del RSI combina enfoques cualitativos y cuantitativos en un proceso de examen objetivo de las capacidades reales de los países. Se propone llevar a cabo este proceso de seguimiento y evaluación a lo largo de un ciclo de cuatro años, coincidiendo con el ciclo de examen de los sistemas nacionales de salud y la planificación presupuestaria.
2. El nuevo Marco debería promover la rendición de cuentas y la transparencia mediante la presentación oportuna de informes precisos sobre el estado de aplicación del RSI, lo que promoverá el diálogo, la confianza y la rendición de cuentas entre los Estados Partes. Las oportunidades de mejora detectadas mediante la aplicación de este Marco deberían traducirse en un plan nacional de acción con plazos y recursos para la aplicación. El plan nacional de acción para el fortalecimiento de las capacidades básicas requeridas por el RSI y la preparación ante emergencias sanitarias debería incorporarse al ciclo presupuestario nacional y adecuarse al plan estratégico nacional, en lugar de ser independiente de la planificación institucional. Este ciclo continuo del proceso de examen debe facilitar los vínculos con otros sectores pertinentes y garantizar la compatibilidad con los planes estratégicos nacionales existentes; promover la colaboración a nivel nacional e internacional; e implicar a los donantes y asociados actuales y posibles para que complementen la inversión interna en materia de seguridad sanitaria.

Los cuatro componentes del nuevo Marco de seguimiento y evaluación del RSI

3. El Marco consta de cuatro componentes interrelacionados cuya finalidad es identificar las deficiencias y oportunidades de mejora. Se propone que, en un periodo de cuatro años, los Estados Partes realicen sistemáticamente las siguientes actividades.

Presentación de informes anuales

4. En virtud del artículo 54 del Reglamento, los Estados Partes deben presentar anualmente a la Asamblea de la Salud un informe sobre la aplicación del Reglamento. Los informes deben prepararse de conformidad con la resolución WHA61.2 (2008) relativa a la aplicación del Reglamento. La finalidad de los informes anuales es dar una idea cuantitativa del estado de las capacidades básicas en todos los países. Habida cuenta de las limitaciones de cualquier herramienta autoadministrada, el cuestionario actual de
-

seguimiento del RSI se complementará con los otros tres elementos tan frecuentemente como sea posible. El cuestionario también se está revisando para simplificarlo y armonizarlo con la herramienta de evaluación externa conjunta.

Evaluación externa conjunta

5. La finalidad de la evaluación externa conjunta es evaluar la capacidad de los países para prevenir, detectar y responder rápidamente a eventos de salud pública con arreglo al Reglamento. La evaluación externa tiene como objetivo introducir una medición de la capacidad de un país por parte de un experto independiente y valorar los progresos en el logro de las capacidades requeridas por el Reglamento.

6. La evaluación externa permite a los países identificar las necesidades más urgentes en sus planes nacionales; establecer un orden de prioridad respecto de las oportunidades para mejorar la preparación, la detección y la capacidad de respuesta y, en particular, fijar las prioridades nacionales y la asignación de recursos sobre la base de conclusiones objetivas; y colaborar con los donantes y asociados actuales y posibles, según proceda. La transparencia es un elemento importante para atraer y dirigir recursos allí donde son más necesarios.

7. Se alienta a los países a que, de manera voluntaria, realicen al menos una evaluación externa conjunta cada cuatro años.

8. Para que las evaluaciones externas conjuntas se lleven a cabo de manera uniforme en todos los Estados Partes, la Secretaría ha diseñado una herramienta de evaluación externa conjunta en colaboración con expertos, Estados Partes y asociados. Mediante la herramienta se evalúan 19 áreas técnicas.

Examen posterior a la acción y/o ejercicio(s) de simulación

Examen posterior a la acción

9. Es indispensable complementar los informes anuales mediante el examen de una experiencia real de un evento de salud pública que pueda ofrecer una oportunidad para extraer enseñanzas e identificar oportunidades de mejora. El evento o eventos de salud que han de ser objeto de un examen posterior a la acción deberían ser elegidos por los Estados Partes, si bien la Secretaría puede proporcionar asesoramiento técnico al respecto previa petición. La información recopilada mediante el examen posterior a la acción será principalmente cualitativa y funcional, y se utilizará para identificar cualquier esfera en la que sea preciso introducir mejoras mediante un plan nacional de acción. Este examen puede adoptar la forma de autoexamen (responsables nacionales de la aplicación del RSI) o de examen conjunto (responsables nacionales de la aplicación del RSI y asociados externos nacionales o internacionales, en colaboración con un grupo de pares de otro país o con la Secretaría).

Ejercicio(s) de simulación

10. Cuando no exista un evento de salud pública apropiado para llevar a cabo un examen, los ejercicios de simulación pueden servir como método alternativo para probar el funcionamiento real de las capacidades básicas requeridas por el RSI. También se pueden diseñar ejercicios específicos (nacionales, regionales o subregionales) cuando sea preciso poner a prueba el desempeño de una función o área técnica en particular.

11. Se alienta a los países a llevar a cabo un examen posterior a la acción o ejercicios de simulación al menos una vez cada cuatro años.

Presentación a la Asamblea Mundial de la Salud de un informe sobre los progresos realizados en la aplicación del Reglamento

12. De conformidad con los principios de transparencia y rendición de cuentas mutua que subyacen al Reglamento, se propone que el informe que presente la Secretaría a la Asamblea de la Salud contenga un resumen de la evaluación de cada país sobre la base del nuevo Marco de seguimiento y evaluación del RSI. La Secretaría creará páginas específicas en el sitio web de la OMS para proporcionar acceso, con el acuerdo del país de que se trate, a la información contenida en el informe anual y/o a los datos relativos a cualquier misión de evaluación externa conjunta, examen posterior a la acción y/o ejercicio de simulación realizado.



55.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2016

Punto 4.8 del orden del día provisional

CD55/12, Rev. 1
Anexo C
Original: inglés

PROYECTO DE DECISIÓN

APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (RSI)

(PP1) El 55.º Consejo Directivo, habiendo examinado el documento titulado *Consulta regional sobre el Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado* (documento CD55/12, Rev. 1, anexo B), en el cual se presenta el informe de la consulta regional formal realizada en Miami (Estados Unidos), del 1 al 3 de agosto del 2016;

(PP2) Recordando la resolución WHA61.2 (2008), la decisión CD52(D5) (2013), la resolución WHA68.5 (2015), el documento CD54/FR (2015), el documento EB138/4 (2016), el documento A69/20 (2016), el documento A69/21 (2016), la decisión WHA69(14) y el documento CE158/INF/5 (2016),

Decide:

(OP)1. Refrendar el informe de la consulta regional formal sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y las observaciones de los Estados Miembros sobre el *Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado* (el “proyecto de plan”) solicitando a la Secretaría de la OMS que incluya las recomendaciones de los Estados Miembros de la Región de las Américas en el punto correspondiente del orden del día del Consejo Ejecutivo de la OMS en su 140.ª reunión, que tendrá lugar en enero del 2017, con particular énfasis en los siguientes resultados de la consulta regional formal:

- a) el plan definitivo debería abarcar las esferas de acción del Proyecto de plan actual, a excepción de la esfera de acción 3, y la OMS debería elaborar por separado el plan estratégico mundial para el RSI en el que se abordará solamente las esferas

- de acción 1 y 4, para que sea sometido a la consideración de la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2017;
- b) el marco de monitoreo y evaluación del RSI, que corresponde a la esfera de acción 3 del proyecto de plan actual, no se debería abordar en el plan definitivo y, de conformidad con el artículo 54, se debería presentar como documento separado para su consideración y adopción en la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2017.

(OP) 2. Solicitar a la Directora:

- a) que transmita a la Secretaría de la OMS el informe de la consulta regional formal en su totalidad;
- b) que facilite los preparativos de los Estados Miembros de la Región de las Américas para el participar en la 140.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, que tendrá lugar en enero del 2017, con la distribución de una nota de información sobre este tema a los Estados Miembros y sus misiones en Ginebra.

PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES

1. **Punto del orden del día:** 4.8 - Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

2. **Unidad a cargo:** CHA/IR

3. **Funcionario a cargo:** Dra. Roberta Andraghetti

4. **Vínculo entre este punto del orden del día y la [Agenda de Salud para las Américas 2008-2017](#):**

El tema del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) se vincula más estrechamente al área de acción *h* de la *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*, relacionada con “fortalecer la seguridad sanitaria”. El RSI se menciona explícitamente como una oportunidad para los países de fortalecer las capacidades de salud pública y de fomentar la colaboración entre países.

5. **Vínculo entre este punto del orden del día y el [Plan Estratégico de la OPS 2014-2019](#):**

Este documento de política se encuentra completamente en consonancia con las áreas estratégicas centrales del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”, en particular la categoría 5, “Preparación, vigilancia y respuesta”. En el Plan Estratégico se destaca específicamente la importancia de lograr que todos los países de la Región cuenten con las capacidades básicas necesarias para cumplir con sus responsabilidades de conformidad con el RSI (2005), lo que abarca la legislación, las políticas y el financiamiento; la coordinación y las comunicaciones con los centros nacionales de enlace; la vigilancia y la comunicación de riesgos; la preparación y la respuesta; los recursos humanos; la capacidad en materia de laboratorios, los riesgos zoonóticos, los riesgos relacionados con la radiación, la inocuidad de los alimentos y los peligros químicos. El resultado intermedio 5.1.1 (*Número de Estados Partes que tienen y mantienen las capacidades básicas previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)*) se estableció para mostrar el progreso de los Estados Partes de la Región hacia la aplicación del RSI.

6. **Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:**

Centro colaborador de la OMS para la Ejecución de Capacidades Básicas del RSI (Departamento de Seguridad Sanitaria Mundial, División de Protección Sanitaria Mundial, CDC), ministerios de salud, ministerios de defensa, ministerios de agricultura y ganadería, ministerios de relaciones exteriores, ministerios de transporte, ministerios de energía.

7. **Prácticas óptimas en esta área y ejemplos provenientes de los países de la Región de las Américas:**

Comenzando en el 2014, la Región de las Américas, en su conjunto, ha liderado el trabajo a nivel mundial para dar nueva forma al enfoque de seguimiento y evaluación del RSI, haciendo hincapié en la función crucial de los órganos de gobierno de la OPS y la OMS en el proceso.

Algunos ejemplos específicos de las mejores prácticas de los países incluyen los siguientes (aunque sin limitarse a ellos):

- Canadá, Chile, Dominica y El Salvador: institucionalización y énfasis en la sostenibilidad de las capacidades básicas, manteniendo al mismo tiempo un método flexible e intersectorial de la preparación;
- Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos: Funcionamiento de la oficina del Centro Nacional de Enlace para el RSI;
- Canadá, Costa Rica, Estados Unidos y México: sólido laboratorio de referencia nacional;
- Brasil y México: la adaptación de los esfuerzos de capacitación institucional para abordar las necesidades (Programa de Capacitación en Epidemiología, EPISUS);
- Barbados: institucionalización del programa de prevención y control de infecciones;
- Brasil y México: arquitectura de la estructura de respuesta, basada en una estructura sólida de comando y control;
- Brasil, Canadá, Colombia y El Salvador: método holístico e integrado de la salud en los puertos y la salud internacional;
- Países del Caribe que adoptaron medidas para convertirse en miembros del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA).

8. Repercusiones financieras de este punto del orden del día:

El trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana en cuanto a la aplicación del RSI está incorporado principalmente en la categoría 5 (Preparativos, vigilancia y respuesta) y en la categoría 4 (Sistemas de salud, en relación con la capacidad de recuperación de los sistemas de salud) y en la asignación presupuestaria correspondiente a las áreas programáticas dentro de estas categorías. Se necesita financiamiento sostenido para apoyar los esfuerzos constantes de los Estados Partes en el manejo de eventos de salud pública de posible importancia internacional, así como para abordar las obligaciones a largo plazo, como el establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas.

- - -