F. IMPLANTAÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

Introdução

1. A finalidade deste relatório é fornecer uma atualização sobre o progresso feito pelos Estados Membros na Região das Américas e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para cumprir suas obrigações e compromissos com a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI; daqui em diante também referido como “Regulamento”). É uma atualização do último relatório apresentado em 2011 ao 51º Conselho Diretor (1).

2. Além disso, este relatório tem o propósito de incentivar os Estados Partes a usarem o RSI não só como um modelo para garantir a segurança sanitária global. O RSI é também uma oportunidade e uma ferramenta para institucionalizar as funções essenciais da saúde pública¹ através da captação de recursos sustentáveis para manter mecanismos eficientes para colaboração intersetorial e prontidão de saúde pública para riscos diversos.

3. Este relatório é estruturado em torno de áreas estratégicas de trabalho selecionadas como definido no documento da OMS intitulado Regulamento Sanitário Internacional (2005): Áreas de trabalho para implantação (2). Está centrado na situação das capacidades nacionais essenciais como indicado no anexo 1 do Regulamento, a ser apresentado em 15 de junho de 2012.

Promover Parcerias Regionais e Globais

4. A OPAS continua a colaborar com as iniciativas e os mecanismos de integração sub-regionais.² O objetivo mais importante a este respeito é promover a propriedade e a liderança dos Estados Partes nos seus esforços de implantação do RSI. Outros objetivos são otimizar o uso de recursos técnicos e financeiros e melhorar a conscientização quanto aos direitos e obrigações estipuladas pelo Regulamento entre parceiros e Estados Partes.

5. Embora a implantação do RSI esteja refletida nos documentos programáticos e estratégicos das iniciativas sub-regionais, e é apoiado pela OPAS/OMS por meio de

¹ Documento *A Saúde Pública nas Américas – Medição do Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública* (PAHO 2001). Disponível em: www.opas.org.br/servico/arquivos/apres_port.pdf.

² Entre os mecanismos de integração e iniciativas sub-regionais estão o Mercado Comum do Sul (Mercosul), através do seu grupo de Trabalho na Saúde (SGT-11) responsável pela Comissão Intergovernamental para o Regulamento Sanitário Internacional (CIRSI); a Comunidade Andina (CAN), através da Rede Andina para Vigilância Epidemiológica (RAVE) coordenado pelo Agência Andina Regional de Saúde-Acordo Hipólito Unanue (ORAS-CONHU); a União dos Países Sul-americanos (Unasul), através de seu Grupo Técnico de Trabalho para Vigilância e Resposta (GTVR); o Sistema de Integração Centro-Americana (SICA), através do Secretariado Executivo do Conselho de Ministros da Saúde Centro-americanos (SE-COMISCA) e a Comunidade de Caribe (CARICOM), através da OPAS/OMS e Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC).

planos de trabalho sub-regionais específicos,³ os diversos mecanismos de governança, estruturas organizacionais e conhecimento técnico especializado das iniciativas sub-regionais continuam a ser caracterizados pela falta de clareza quanto às suas funções e responsabilidades relacionados ao RSI. Dentre outros estão: percepção de que as iniciativas sub-regionais podem ter delegadas responsabilidades que são prerrogativas dos Estados Partes (por exemplo, controle de emergências de saúde pública de potencial importância internacional); nortear-se pelas agendas dos doadores que resultam no desvio da atenção da implantação de Planos de Ação Nacionais do RSI; aproveitamento subótimo do potencial que eles têm de garantir o compromisso político e a coordenação intersectorial necessária para a implantação dos Planos de Ação Nacionais do RSI.

6. Os mecanismos para maximizar a contribuição das redes existentes para cooperação técnica precisam ser mais bem explorados e desenvolvidos pela Organização. Os resultados de tal avaliação devem ser usados pelas autoridades nacionais para reforçar os esforços existentes.⁴

7. OPAS/OMS e a Organização de Aviação Civil Internacional (OACI) realizaram avaliações conjuntas em aeroportos internacionais em 15 países da Região como parte do Acordo Cooperativo para Prevenção da Propagação de Doenças Transmissíveis pelo Transporte Aéreo (CAPSCA).⁵

8. A OPAS fez uma parceria com a Agência Internacional de Energia Atômica (IAEA), para realizar um seminário com o propósito de fortalecer a infraestrutura

³ Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), Agência Andina Regional de Saúde-Acordo Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), Secretariado Executivo do Conselho de Ministros da Saúde Centro-americano (SE-COMISCA), Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC).

⁴ Informações disponíveis das seguintes fontes:

- Rede Internacional de Autoridades de Inocuidade de Alimentos (INFOSAN): http://www.who.int/foodsafety/fs_management/infosan/en/index.html.
- Rede Mundial de Doenças Transmitidas por Alimentos (GFN): http://thor.dfvf.dk/portal/page?_pageid=53.1&_dad=portal&_schema=PORTAL
- PulseNet: <http://www.pulsenetinternational.org/networks/Pages/latinamerica.aspx>
- Redes de Centros de Controle de Intoxicações: http://www.who.int/gho/phe/chemical_safety/phe_poison_centres_20110701.xls
- Enfoque Estratégico para a Gestão Internacional de Produtos Químicos (SAICM) do Programa Ambiental das Nações Unidas: <http://www.saicm.org/documents/List%20of%20SAICM%20National%20Focal%20Points%20web.doc>
- Rede de Emergências Químicas da América Latina e Caribe (REQUILAC): <http://www.bvsde.paho.org/requilac/e/miembros.html>
- Rede de Toxicologia da América Latina e Caribe (RETOXLAC): <http://www.bvsde.paho.org/bvstox/e/retoxlac/review.html>
- Rede de Ajuda e Prontidão para Emergências Médicas por Radiação (REMPAN): http://www.who.int/ionizing_radiation/a_e/rempan/REMPAN_directory_2007.pdf

⁵ Para a informação sobre as visitas de países a CAPSCA, ver <http://www.capsca.org/AmericasEventsRefs.html>.

nacional para segurança contra radiação e vigilância das fontes radiativas nos Países Membros da Comunidade do Caribe (CARICOM). O seminário foi realizado na Jamaica, de 11 a 15 de junho de 2012.

9. Na sessão sobre a vigilância integrada na 16ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA), que OPAS convocou no Chile em julho de 2012, a Organização usou o modelo do RSI para ampliar a colaboração intersetorial com instituições e organizações internacionais. O enfoque da reunião esteve na interação entre seres humanos e animais e maior conscientização sobre as obrigações nacionais sob o RSI entre os diferentes setores da saúde.⁶

10. A OPAS continua a fortalecer as parcerias com o Centro Colaborador da OMS (CC da OMS) para a Implantação de Capacidade Nacional de Vigilância e Resposta do RSI nos Centros para Controle e Prevenção de Doenças nos Estados Unidos (CDC). Entre os esforços adicionais feitos pela OPAS para dar acesso ao mais elevado nível de conhecimento técnico especializado estão a participação do CC da OMS no controle de incidentes específicos e no processo decisório relacionado à extensão do prazo de 2012.

11. Em junho de 2011, a OPAS desempenhou um papel de facilitador ao estabelecer o componente regional da Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos da OMS (GOARN).

12. Para promover o intercâmbio de experiências e boas práticas entre os Estados Partes na Região, assim como identificar os desafios e soluções comuns, a OPAS organizou a *Segunda Reunião Regional sobre Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) nas Américas*, realizada em Cancún, México, nos dias 1 e 2 de setembro de 2011.

13. A Copa do Mundo da FIFA e as Olimpíadas que o Brasil sediará em 2014 e 2016, respectivamente, serão outras oportunidades para forjar parcerias e acelerar a prontidão de saúde pública na Região. Para este propósito, nos dias 12 e 13 de dezembro de 2011, a OPAS e o Ministério da Saúde do Brasil organizaram a *Primeira Reunião na América Latina em Ações do Setor da Saúde para Eventos de Massa/V Reunião da Câmara Temática de Saúde para a Copa do Mundo FIFA de 2014* em Brasília, Brasil.

Fortalecer a prevenção, vigilância, controle de doenças e sistemas nacionais de resposta e segurança de saúde pública em trânsito e transporte

14. No Regulamento, em conformidade com as disposições dos Artigos 5 e 13, assim como o Anexo 1, os Estados Partes devem ter avaliado as suas capacidades essenciais de vigilância e resposta, inclusive em portas de entrada designados, até 15 de junho de 2009.

⁶ Por exemplo, a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), a Organização Internacional Regional para a Saúde da Planta e Animal (OIRSA), e Organização Mundial de Saúde Animal (OIE).

Além disso, eles devem ter elaborado um Plano de Ação Nacional do RSI para desenvolver capacidades essenciais até 15 de junho de 2012 e institucionalizado os mecanismos para mantê-las após esta data.

15. Os prazos estipulados no Regulamento devem ser considerados como marcos em um processo em andamento de prontidão de saúde pública. No entanto, as datas previstas são um desafio para serem cumpridas. Portanto, em conformidade com as disposições citadas acima que permitem que a data prevista seja prorrogada até 15 de junho de 2014 em um primeiro momento, em setembro de 2011, tanto a OMS quanto a OPAS informaram os Estados Partes sobre os procedimentos para solicitação de prorrogação.

16. Para este fim, a partir de fevereiro de 2012, a OPAS vem realizando reuniões com autoridades nacionais, tanto virtuais quanto presenciais. Para fins de transparência e responsabilidade durante essas sessões, pediu-se a todos os Estados Partes que comunicassem à OPAS/OMS antes da 65^a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) suas respectivas posições quanto a uma possível extensão do prazo, o mais tardar até 15 de junho de 2012. De modo semelhante, em uma primeira tentativa de compilar a lista das portas de entrada designadas que deveriam ter uma função de resposta, os Estados Partes foram convidados a explicitamente informar a lista das portas de entrada designadas que já tinham as capacidades essenciais ou que precisavam de uma extensão do prazo para obtê-las.

17. Como previsto no Relatório do Comitê de Análise sobre o Funcionamento do Regulamento Sanitário Internacional (2005) com relação à pandemia pelo vírus (H1N1) 2009, que foi apresentado à 64^a. AMS, “muitos Estados Partes não têm as capacidades essenciais para detectar, avaliar e notificar ameaças em potencial à saúde e não estão em vias de completar suas obrigações para planos e infraestrutura até o prazo de 2012 especificado no RSI” (3). A data-limite para solicitação de extensão do prazo pelos Estados Partes era 15 de junho de 2012. Em 11 de julho de 2012,⁷ em escala mundial, 90 (46%) dos 194 Estados Partes haviam solicitado e obtido uma extensão do prazo de 2012. Na Região das Américas, em 11 de junho de 2012, 28 dos 35 Estados Partes haviam solicitado e obtido uma extensão do prazo, cinco haviam determinado que eles possuíam as capacidades essenciais e dois não tinham comunicado oficialmente sua decisão.

18. A situação das capacidades essenciais na Região é bastante heterogênea nas sub-regiões, como poder ser observado no quadro decorrente de interações diretas com autoridades nacionais, assim como no Relatório Anual dos Estados Partes apresentado à 65^a AMS por 31 dos 35 Estados Partes (89%) em 18 de maio de 2012.⁸ A tabela no anexo

⁷ Dos Estados Partes da Região das Américas, os Estados Unidos têm hoje a data-limite de 18 de julho de 2012 porque o Regulamento entrou em vigor em 18 de julho de 2007.

⁸ A situação quanto à apresentação por cada país do *Relatório Anual dos Estados Partes* (daqui em diante referido como “o Relatório”) à 65^a Assembleia Mundial da Saúde em 15 de abril de 2012 é como segue:

- República Dominicana, Peru, Uruguai e Venezuela ainda não haviam apresentado o Relatório.

a este documento mostra a pontuação média das capacidades essenciais por sub-região (em porcentagem), como definido no documento da OMS Modelo de monitoramento das capacidades essenciais do RSI: lista de verificação e indicadores para progresso do monitoramento no desenvolvimento das capacidades essenciais do RSI nos Estados Partes (4), que constitui a base do formato proposto pela OMS para comunicação à AMS. A situação atual no âmbito global e em outras Regiões foi apresentada à 65^a AMS (2012) em Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005): Relatório do diretor-geral (5).

19. Os pontos fracos mais críticos identificados incluíam as seguintes áreas: emergências envolvendo radiação, incidentes de natureza química, portas de entrada, recursos humanos e prontidão. Com certo grau de variação, estas áreas foram captadas e contempladas nos Planos Nacionais de Ação do IHR apresentados pelos Estados Partes, junto com suas solicitações de extensão do prazo de 2012. Enquanto a OPAS finaliza o exercício de análise dos planos apresentados, esforços consideráveis de captação de recursos no âmbito internacional devem ser iniciados para auxiliar os Estados Partes a lidar com as lacunas identificadas.

20. O seguinte deve ser levado em consideração: a variação substancial na capacidade e qualidade observada nos Estados Partes quanto ao enfoque adotado para o processo de planejamento em termos do grau de participação e compromisso intersetoriais; abrangência das capacidades abordadas nos planos; estabelecimento de prioridades para os componentes com o objetivo de assegurar a sustentabilidade das capacidades obtidas; situação e integração dos planos no contexto da estratégia nacional de saúde, processos de planejamento, ciclos financeiros e mecanismos de monitoramento e avaliação; estratégias previstas no uso de planos como ferramenta de captação de recursos e o papel do monitoramento e avaliação para a implementação de tais planos.

21. A alta rotatividade de pessoal dentro do setor da saúde, que se estende às instituições dos Centros de Coordenação Nacionais (CCNs), reduz o poder do setor de capacitar recursos humanos de modo sustentado. Em alguns países com populações pequenas e capacidade limitada do governo, é comum que uma pessoa seja a cargo de diversas responsabilidades. Tais desafios dificultam os esforços e os investimentos feitos tanto pela Organização como por outros parceiros desde que o Regulamento entrou em vigor. O Plano Regional da OPAS para Formação em Epidemiologia nas Américas 2010 deve ser revitalizado numa tentativa de instituir e manter as competências

-
- Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia e Paraguai haviam apresentado o Relatório usando a ferramenta do Mercosul, com subsequente migração dos dados das seções relevantes ao formato proposto pela OMS segundo o acordo com o Grupo Técnico de Trabalho para Vigilância e Resposta da Unasul.
 - Saint Kitts e Névis, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago haviam apresentado o Relatório usando versões modificadas do formato proposto pela OMS.

na área de epidemiologia segundo modelos que melhor se adéquam a cada contexto nacional.

22. Em cumprimento às recomendações preconizadas pelo Relatório do Comitê de Análise sobre o Funcionamento do Regulamento Sanitário Internacional (2005) em relação à Pandemia (H1N1) de 2009, e seguindo a solicitação apresentada por diversos Estados Membros da OMS durante a 130^a Reunião do Conselho Executivo, a sede da OMS e seus Escritórios Regionais fizeram uma análise dos fatores que limitam o progresso dos países para obter as capacidades nacionais essenciais, assim como de quaisquer ações possíveis que a OPAS/OMS deve realizar para superar esses obstáculos. A análise completa foi apresentada à 65^a AMS (2012), no relatório intitulado Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) – Relatório sobre o desenvolvimento das capacidades nacionais essenciais necessárias conforme o Regulamento (6). Este relatório levou à elaboração e aprovação da Resolução WHA65.23 sobre a Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) (7). A Resolução WHA65.23 detalha as ações a serem feitas pelos Estados Partes e pelo Secretariado da OMS para garantir a implementação de planos nacionais de ação para o RSI e para definir os procedimentos de monitoramento relacionados. Em antecipação a outras solicitações de extensão do prazo para implantação das capacidades essenciais de 2016, um Comitê de Análise do RSI será convocado conforme o Artigo 50 do Regulamento.

Fortalecer os sistemas globais e regionais de alerta e resposta da OPAS/OMS

23. A OPAS serve como interface do RSI da OMS para a Região das Américas ao facilitar o processo de gestão dos incidentes de saúde pública, que inclui detecção de riscos, avaliação de riscos, resposta e comunicação de riscos. No período de 1^o de janeiro a 31 de dezembro de 2011, um total de 196 incidentes de saúde pública de potencial importância internacional foi detectado e avaliado. Em 94 dos 196 incidentes analisados (48%), as autoridades sanitárias nacionais, via o centro de coordenação nacional, foram a primeira fonte de informação. Para os outros 102 incidentes, foi solicitada confirmação que foi obtida do centro de coordenação nacional em todos os casos, exceto 2. Dos incidentes analisados, 82 (42%) foram de real importância de saúde pública internacional, afetando 22 Estados Partes na Região. A maior proporção desses incidentes se deveu a riscos infecciosos (52 eventos, 63%): as etiologias mais frequentemente registradas foram casos importados de sarampo (10), vírus da influenza (9) e dengue (6). Em seguida vieram incidentes relacionados com a inocuidade dos alimentos (11), incidentes relacionados a zoonoses (8), incidentes de origem indeterminada (5), incidentes relacionados a produtos (3), incidentes que ocorreram em contexto de catástrofe (2) e um único incidente relacionado a risco radioativo.

24. A OPAS continua apoiando as autoridades no Haiti e na República Dominicana nos seus esforços de controlar o surto de cólera. Em 11 de janeiro de 2012, os presidentes do Haiti e da República Dominicana, junto com a OPAS/OMS, UNICEF e CDC, pediram

grandes investimentos internacionais em infraestrutura de água e saneamento para eliminar a cólera da Ilha Hispaniola.⁹ Em seguida foi realizada uma reunião binacional, com a presença do Subdiretor da OPAS, realizada no Haiti em março de 2012, em que se procurou conformizar os planos de ação nacionais de cólera do Haiti e da República Dominicana.

25. Durante o período considerado, a OPAS apoiou as autoridades nacionais nos seus esforços para responder aos diversos surtos na Região, mobilizando especialistas de instituições que são membros da rede regional GOARN.

26. Como parte da estratégia de regionalizar a rede GOARN, foi realizado em Atlanta, Geórgia, EUA, em maio de 2012, um exercício para avaliar as respostas conjuntas do CDC-OPAS.

Manter os direitos, obrigações e procedimentos; realizar estudos e monitorar o progresso

27. Vários países examinaram as disposições do Regulamento e conformizaram as próprias disposições nacionais do sistema jurídico e normativo dos países. Contudo, os países continuam tendo o desafio de aprovar e fazer cumprir as normas e leis revisadas. Com este intuito, a OPAS organizou um Seminário de Legislação do RSI para os Países do Caribe Oriental em Bridgetown, Barbados, de 22 a 23 de novembro de 2011.

28. Em 2011, todos os 35 Estados Partes na Região fizeram a confirmação anual ou atualização dos dados sobre seus centros de coordenação nacionais. Em 31 de março de 2012, o rol de especialistas do RSI incluía 309 nomes, 71 dos quais eram da Região das Américas. Em 2011, os procedimentos para renovação ou interrupção da participação no rol de especialistas – que é válido por quatro anos – foram ativados e estão atualmente em funcionamento.

29. Em 31 de março de 2012, 412 portos em 19 Estados Partes da Região das Américas estavam autorizados a emitir Certificados de Controle Sanitário de Bordo. A lista dos portos autorizados está sendo periodicamente atualizada e divulgada pela internet.¹⁰

30. Em 2011, 15 Estados Partes da Região informaram a OMS sobre suas exigências de vacinação para viagem. Estas informações foram incluídas na edição de 2012 da publicação da OMS *International Travel and Health (ITH)* (8). A OPAS tomou medidas para melhorar a transparência dos procedimentos e participação relacionados à definição das áreas de risco de transmissão de febre amarela. Um enfoque em duas etapas para

⁹ *Call to Action: A Cholera-Free Hispaniola*; consulte <http://new.paho.org/colera/>.

¹⁰ A lista dos portos autorizados está disponível em http://www.who.int/ihr/training/ihr_authorized_ports_list.pdf.

atualizar as exigências de vacinação para febre amarela para viagem deve ser introduzido em âmbito global e constar da edição de 2013 do ITH.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional [Internet]. 51^o. Conselho Diretor da OPAS, 63^a. Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2011; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2011 (Documento CD51/INF/5) [consultado em 25 de março de 2012]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lang=pt/CD51-INF-5-D-p.pdf.
2. Organização Mundial da Saúde. International Health Regulations (2005) - *Areas of work for implementation*. Genebra: OMS, 2007 [consultado em 25 de março de 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/ihr/finalversion9Nov07.pdf>
3. Organização Mundial da Saúde. *Implementation of the International Health Regulations (2005) – Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009* [Internet]. 64^a. Assembleia Mundial da Saúde; 16 a 24 de maio de 2011; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2011 (Documento A64/10) [consultado em 25 de março de 2012]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf
4. Organização Mundial da Saúde. *IHR Core Capacity Monitoring Framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties* [Internet]. Genebra: OMS; 2011 [consultado em 25 de março de 2012]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HSE_IHR_2011.6_eng.pdf.
5. Organização Mundial da Saúde. *Implementation of the International Health Regulations (2005) – Report by the Director-General* [Internet]. 65^a. Assembleia Mundial da Saúde; 21 a 26 de maio de 2012; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2012 (Documento A65/17) [consultado em 5 de abril de 2012]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_17-en.pdf.
6. Organização Mundial da Saúde. *Implementation of the International Health Regulations (2005) – Report on development of national core capacities required under the Regulations – Report by the Secretariat* [Internet]. 65^a. Assembleia Mundial da Saúde; 21 a 26 de maio de 2012; Genebra (Suíça). Genebra: OMS;

2012 (Documento A65/17 Ad.1) [consultado em 6 de julho de 2012]. Disponível em:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_17Add1-en.pdf.

7. Organização Mundial da Saúde. *Implementation of the International Health Regulations (2005)*. 65a. Assembleia Mundial da Saúde; 21 a 26 de maio de 2012; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2012 (Resolução WHA65.23) [consultado em 6 de julho de 2012]. Disponível em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R23-en.pdf.
8. Organização Mundial da Saúde. International Travel and Health [Internet]. Genebra: OMS; 2012 [consultado em 18 de maio de 2012]. Disponível em:
<http://www.who.int/ith/en/index.html>.

Anexo

CAPACIDADES ESSENCIAIS PONTUAÇÃO MÉDIA (%) POR SUB-REGIÃO

Capacidade	Sub-região				Américas ⁵
	<i>América do Norte</i> ¹	<i>Caribe</i> ²	<i>América Central</i> ³	<i>América do Sul</i> ⁴	
Legislação nacional, política e financiamento	92%	42%	71%	81%	64%
Coordenação e comunicação com centros de coordenação nacionais (CCNs)	82%	68%	87%	70%	74%
Supervisão	90%	79%	78%	71%	78%
Resposta	88%	79%	75%	75%	78%
Prontidão	68%	51%	57%	62%	57%
Comunicação de riscos	76%	76%	69%	67%	72%
Recursos humanos	100%	47%	42%	58%	55%
Laboratório	80%	66%	78%	78%	73%
Portas de entrada	71%	56%	56%	41%	46%
Incidentes zoonóticos	82%	77%	78%	78%	78%
Inocuidade dos alimentos	92%	71%	59%	68%	70%
Incidentes de natureza química	75%	32%	35%	54%	43%
Emergências envolvendo radiação	86%	19%	50%	43%	39%

¹ A sub-região da América do Norte inclui Canadá, México e Estados Unidos; a taxa de resposta foi de 3 em 3 Estados Partes (100%). A tabela reflete os dados fornecidos pelos 3 Estados Partes.

² A sub-região do Caribe inclui Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Cuba, Dominica, Granada, Haiti, Jamaica, Santa Lúcia, Saint Kitts e Névis, São Vicente e Granadinas, e Trinidad e Tobago; a taxa de resposta foi de 13 em 13 Estados Partes (100%). A tabela reflete os dados fornecidos por 12 Estados Partes.

³ A sub-região centro-americana inclui Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá; a taxa de resposta foi de 6 em 7 Estados Partes (86%). A tabela reflete os dados fornecidos por 6 Estados Partes.

⁴ A sub-região sul-americana inclui Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela; a taxa de resposta foi de 9 em 12 Estados Partes (75%). A tabela reflete os dados fornecidos por 9 Estados Partes. As informações referentes à capacidade de vigilância e resposta da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia e Paraguai foram apresentadas usando o formato desenvolvido pelo Mercosul e convertidas para o formato da OMS. As informações relacionadas aos pontos de entrada da Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia e Paraguai foram apresentadas em um formato que não permitiu sua conversão para o formato da OMS.

⁵ Para a Região das Américas, a taxa de resposta foi de 32 em 35 Estados Partes (89%). A tabela reflete os dados fornecidos por 30 Estados Partes.