



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



152.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de junio del 2013

Punto 7.7 del orden del día provisional

CE152/INF/7, Rev. 1 (Esp.)
17 mayo del 2013
ORIGINAL: INGLÉS

H. IMPLEMENTACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

1. El presente informe tiene por objeto brindar una actualización sobre el estado de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (en adelante el RSI o el Reglamento) y, además, poner de relieve algunos temas que merecen una acción concertada por parte de los Estados Partes en la Región para la aplicación futura del Reglamento.

2. La OPS actúa como punto de contacto de la OMS para el RSI para la Región de las Américas y facilita el manejo de los eventos de salud pública. En el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2012, se detectó y evaluó un total de 122 eventos de salud pública de posible importancia internacional. En 63 de los 122 eventos (52%), las autoridades sanitarias nacionales (por conducto del Centro Nacional de Enlace para el RSI o CNE) fueron la fuente inicial de información. Se solicitó verificación para 31 eventos detectados mediante fuentes informales u oficiosas y, en todos los casos menos uno, se la obtuvo a partir del CNE. De los 122 eventos considerados, 56 (46%) fueron eventos de salud pública de importancia internacional comprobados y afectaron a 20 Estados Partes en la Región. La mayor parte de estos eventos se atribuyó a riesgos infecciosos (34 eventos o 61%), y los virus del dengue (8) y de la gripe (4) fueron las causas que se registraron con mayor frecuencia. Los restantes 22 eventos de salud pública de importancia internacional comprobada se atribuyeron a los siguientes riesgos: inocuidad de los alimentos (11), relativos a las zoonosis (5), relativos a los productos (3), de origen indeterminado (2) y radiación (1). Cabe observar que en el 2012, 32 de los 35 Estados Partes de la Región (91%) presentaron la confirmación o actualización anual de los datos de contacto de su CNE.

3. Con posterioridad a la solicitud de prórroga y la presentación del correspondiente plan de acción nacional para el 2012-2014 en junio del 2012, 29 de los 35 Estados Partes

de la Región de las Américas (83%) recibieron una prórroga hasta junio del 2014 para establecer las capacidades básicas.¹

4. Al 15 de mayo del 2013, 31 de los 35 Estados Partes de la Región de las Américas (89%) habían presentado un informe anual a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud. Esta información se presenta en el informe de la Directora General denominado *Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)*.² Los puntos débiles más críticos observados en la Región de las Américas (capacidades con una puntuación debajo de 60%) fueron: recursos humanos (57%), preparación (55%), manejo de eventos relacionados con riesgos químicos (48%) y manejo de eventos relacionados con riesgos radiológicos (41%).

5. En comparación con los informes anuales de los Estados Partes presentados a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, los datos mostraron que los Estados Partes habían logrado avances con respecto a varias capacidades básicas. El progreso más importante se había registrado en cuanto a la capacidad en los puntos de entrada designados (+8%), seguida de la capacidad de laboratorio y la capacidad de manejar eventos relacionados con riesgos zoonóticos y relativos a la inocuidad de los alimentos (+6%), vigilancia (+5%), la capacidad de manejo de eventos relacionados con riesgos químicos (+4%), recursos humanos y la capacidad de manejar eventos relacionados con riesgos radiológicos (+3%), y la capacidad de respuesta (+2%). No se informaron cambios sustanciales con respecto a las siguientes capacidades: legislación y políticas (-1%), preparación (-1%) y coordinación (-4%). El retroceso más notable que se observó fue con respecto a la capacidad de comunicación de riesgos (-6%). En el anexo figura un cuadro resumido de los informes de los Estados Partes de la Región de las Américas a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud.

6. Treinta y uno de los 35 Estados Partes indicaron sus puertos designados (64 en total), 34 Estados Partes indicaron sus aeropuertos designados (77 en total) y 9 Estados Partes proporcionaron una lista de sus pasos fronterizos terrestres designados (22 en total). Además, al 31 de marzo del 2013, había 457 puertos en 23 Estados Partes de la Región de las Américas autorizados para expedir certificados de sanidad a bordo.³

7. Junto con los mecanismos subregionales de integración,⁴ las organizaciones internacionales (como la Organización de Aviación Civil Internacional y el Organismo

¹ Resolución WHA58.3 (2005). Revisión del Reglamento Sanitario Internacional. Se la puede encontrar en: <http://www.who.int/csr/ihr/WHA58-sp.pdf>.

² Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe de la Directora General [Internet]. 66.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 28 de mayo del 2013; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 2 de mayo del 2013]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_16-sp.pdf.

³ Lista de puertos autorizados a expedir certificados de sanidad a bordo:

http://www.who.int/ihr/ports_airports/portslanding/es/index.html [consultado el 4 de abril del 2013].

⁴ El Mercado Común del Sur (MERCOSUR), por medio del Grupo de Trabajo sobre la Salud (SGT-11) a cargo de la Comisión Intergubernamental para el Reglamento Sanitario Internacional (CIRSI); la

Internacional de Energía Atómica) y los centros colaboradores de la OMS,⁵ la OPS sigue apoyando los esfuerzos de los Estados Partes de la Región para alcanzar y mantener las capacidades básicas.

8. El cumplimiento del plazo de junio del 2014 para establecer las capacidades básicas plantea retos sustanciales para los Estados Partes y para la OPS/OMS. Dado que se prevé que un número considerable de Estados Partes podría solicitar una nueva prórroga de dos años hasta el 15 de junio del 2016, la Secretaría de la OMS propuso que en la 132.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS se adoptasen los criterios a usarse al considerar futuras solicitudes de prórroga.⁶ Si bien el Consejo Ejecutivo no objetó los criterios propuestos, determinó que sería beneficioso que los criterios fueran sometidos a un examen mayor por parte de los Estados Miembros en las próximas sesiones de los Comités Regionales en el 2013, lo que permitiría que se proporcionen los criterios finales a la 134.^a reunión del Consejo Ejecutivo en enero del 2014.

Intervención del Comité Ejecutivo

9. Se invita al Comité Ejecutivo en su 152.^a sesión a que tome nota de este informe y proporcione las recomendaciones que pudiera tener. Además se invita al Comité a que apruebe la inclusión del Reglamento Sanitario Internacional como un asunto relativo a la política de los programas en el orden del día del 52.^o Consejo Directivo, 65.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, a fin de consolidar la posición de los Estados Partes de la Región con respecto a los criterios para otorgar una nueva prórroga

Comunidad Andina (CAN), por medio de la Red Andina para la Vigilancia Epidemiológica (RAVE) coordinada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU); la Unión de Países Sudamericanos (UNASUR), por medio de su Grupo de Trabajo Técnico para la Vigilancia y la Respuesta (GTVR); el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), por medio de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana (SE-COMISCA); y la Comunidad del Caribe (CARICOM).

⁵ WHO Collaborating Center for the Implementation of IHR National Surveillance and Response Capacity, en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), Atlanta (Georgia): http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=USA-359&cc_ref=usa-359&; WHO Collaborating Center on Public Health Law and Human Rights, en el Center for Law and the Public's Health, Washington, D.C. (Estados Unidos), WHO CC USA-311: http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=USA-311&cc_ref=usa-311&; WHO Collaborating Center for Prevention, Preparedness, and Response to Chemical Emergencies, en la Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB), Sao Paulo (Brasil), WHO CC BRA-46: http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=BRA-46&cc_ref=bra-46&; WHO Collaborating Center for Travelers' Health, en los CDC, Atlanta (Georgia), WHO CC USA-387: http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=USA-387&cc_ref=usa-387&.

⁶ Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe de la Directora General [Internet]. 132.^a reunión del Consejo Ejecutivo, del 21 al 29 de enero del 2013. Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 9 de mayo del 2013]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_15Add1-sp.pdf.

de dos años, así como los procedimientos y métodos para vigilar el estado de aplicación del Reglamento después del 2016.

Anexo

Cuadro resumido: Informe anual de los Estados Parte a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud y plan de acción nacional para la prórroga de la aplicación del RSI, Región de las Américas, 2012-2014

Estado Parte	Solicitó y obtuvo prórroga 2012-2014	Informe anual de Estado Parte presentado a la 66. ^a Asamblea de la Salud	Legislación y política	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Eventos zoonóticos	Eventos relativos a la inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Emergencias radiológicas
Antigua y Barbuda	Si	Si	100	66	95	70	60	43	100	66	77	89	80	62	29
Argentina ¹	Si	Si	50	73	80	83	100	86	100	73	ND ²	67	60	69	86
Bahamas	Si	No													
Barbados	Si	Si	50	40	95	66	40	86	80	96	97	100	93	54	0
Bélice	Si	Si	25	36	85	76	10	71	40	77	58	78	67	8	0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Si	Si	50	56	75	83	60	43	0	86	51	78	60	31	71
Brasil	No	No													
Canadá	No	Si	100	83	100	100	100	100	100	100	94	100	100	100	100
Chile	No	Si	50	46	85	94	70	57	20	67	87	89	93	23	79
Colombia	No	Si	100	73	70	65	50	86	80	90	97	33	80	62	21
Costa Rica	No	Si	100	100	95	94	60	86	100	80	91	100	100	38	21
Cuba	Si	Si	100	100	100	100	100	100	100	96	97	100	100	100	93
Dominica	Si	Si	75	100	85	65	50	29	0	71	87	78	73	31	0
Ecuador	Si	Si	0	56	35	47	20	43	20	35	45	56	60	38	71
El Salvador	Si	Si	75	90	100	100	50	71	100	100	97	67	73	46	86
Estados Unidos de América	No	Si	100	100	100	100	100	100	100	60	100	100	100	100	93
Granada	Si	Si	50	83	90	52	0	57	0	41	64	100	67	23	0
Guatemala	Si	Si	75	66	85	76	20	86	100	91	38	89	47	62	29
Guyana	Si	Si	100	83	80	94	90	71	80	100	50	100	67	62	7
Haití	Si	No													
Honduras	Si	Si	50	26	90	71	20	29	60	91	22	100	67	0	7
Jamaica	Si	Si	50	73	100	100	90	86	100	90	91	100	93	54	0
México	Si	Si	100	53	80	89	60	43	80	96	54	89	87	69	86
Nicaragua	Si	Si	25	100	95	87	80	100	20	81	62	100	80	92	71
Panamá	Si	Si	100	73	90	89	50	43	100	96	77	100	93	54	43
Paraguay	Si	Si	50	80	55	82	10	100	60	96	37	33	60	46	71
Perú	Si	Si	100	50	100	87	50	57	80	77	27	78	93	8	0
República Dominicana	Si	Si	75	90	80	48	70	86	40	39	21	44	27	23	57
Saint Kitts y Nevis	Si	Si	100	66	60	52	40	29	20	59	97	78	93	31	14
Santa Lucía	Si	Si	0	73	80	65	50	29	20	43	12	67	40	15	0
San Vicente y las Granadinas	Si	Si	0	46	75	60	10	0	0	81	41	100	40	0	0
Suriname	Si	Si	50	66	35	66	50	43	0	90	51	56	67	54	0
Trinidad y Tabago	Si	Si	50	56	80	76	50	71	0	77	74	89	87	46	57
Uruguay	Si	No													
Venezuela (República Bolivariana de)	Si	Si	25	73	80	94	80	86	80	90	50	100	87	85	86
Puntuación de la capacidad básica (%), promedio regional			64	70	82	78	55	65	57	79	65	83	75	48	41
Estados Partes que señalaron la necesidad de alguna acción para lograr las capacidades básicas en su plan de acción presentado para obtener la prórroga 2012-2014 del RSI			26	26	25	27	21	20	25	24	25	16	16	21	21

Leyenda:

: Acciones a tomarse para lograr la capacidad básica indicada en el plan de acción nacional para la prórroga de la aplicación del RSI 2012-2014.

: Acciones necesarias para lograr la capacidad básica, pero no consideradas una prioridad en el plan de acción nacional para la prórroga de la aplicación del RSI 2012-2014.

¹ La Argentina presentó el informe usando la herramienta del MERCOSUR y, posteriormente, se migraron los datos de las secciones pertinentes al formato propuesto por la OMS, de conformidad con el acuerdo suscrito con UNASUR-GTVR.

² La información relacionada con los puntos de entrada de la Argentina se presentó en un formato que no podía convertirse al formato de la OMS.

