

F. IMPLEMENTACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

Introducción

1. El presente informe tiene por objeto proporcionar una actualización sobre el progreso logrado por los Estados Miembros de la Región de las Américas y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con respecto al cumplimiento de sus obligaciones y compromisos relativos a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (en adelante el RSI o el Reglamento). Además se actualiza la información incluida en el último informe, presentado al 51.º Consejo Directivo en el 2011 (I).

2. Este informe tiene también por objeto alentar a los Estados Partes a que utilicen el RSI como algo más que un marco para velar por la seguridad sanitaria mundial. El RSI es además una oportunidad y una herramienta para institucionalizar las funciones esenciales de salud pública¹ mediante la movilización de recursos sostenibles para brindar apoyo a mecanismos eficaces para la colaboración intersectorial y la preparación en salud pública para enfrentar múltiples riesgos.

3. Este informe se estructura alrededor de algunas áreas estratégicas de trabajo definidas en el documento de la OMS denominado *Reglamento Sanitario Internacional (2005): Áreas de trabajo para su aplicación (2)*. Se centra en el estado de las capacidades básicas nacionales según se indica en el anexo 1 del Reglamento, que deben estar presentes a más tardar el 15 de junio del 2012.

Impulso de las alianzas regionales y mundiales

4. La OPS sigue colaborando con los mecanismos y las iniciativas de integración subregional.² El objetivo más importante en ese sentido es promover la apropiación y el liderazgo por parte de los Estados Partes en sus esfuerzos de aplicación del RSI. Otros objetivos son optimizar el uso de recursos técnicos y financieros y aumentar la

¹ El documento *La Salud Pública en las Américas: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública* (OPS, 2001) se puede consultar en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf.

² Estos mecanismos e iniciativas de integración subregional incluyen al Mercado Común del Sur (MERCOSUR), por medio de su Grupo de Trabajo sobre la Salud (SGT-11) a cargo de la Comisión Intergubernamental para el Reglamento Sanitario Internacional (CIRSI); la 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 de su Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (SE-COMISCA); y la Comunidad de Caribe (CARICOM), por medio del centro panamericano de la OPS/OMS, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

concientización entre los asociados y los Estados Partes con respecto a los derechos y las obligaciones estipuladas por el Reglamento.

5. Aunque la aplicación del RSI se contempla en los documentos programáticos y estratégicos de las iniciativas subregionales y cuenta con el apoyo de la OPS/OMS mediante planes de trabajo subregionales dedicados al tema,³ los diversos mecanismos de gobernanza, las estructuras organizativas y la especialización técnica de las iniciativas subregionales se siguen caracterizando por una falta de claridad en cuanto a sus funciones y responsabilidades frente al RSI. Algunos ejemplos son la percepción de que se puede delegar a las iniciativas subregionales responsabilidades que son prerrogativas de los Estados Partes (por ejemplo, gestión de eventos de salud pública de posible importancia internacional); la influencia de las agendas de los donantes que hace que se distraiga la atención de la aplicación de los planes nacionales de acción del RSI; y la explotación subóptima del potencial de asegurar el compromiso político y la coordinación intersectorial necesarios para la ejecución de los planes nacionales de acción del RSI.

6. La Organización debe explorar y fortalecer los mecanismos para potenciar al máximo la contribución de las redes existentes para la cooperación técnica. Los resultados de este tipo de evaluación deben ser usados por las autoridades nacionales para fortalecer las iniciativas existentes.⁴

7. Se han realizado evaluaciones conjuntas de la OPS/OMS y la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) en los aeropuertos internacionales de 15 países de la

³ Mercado Común del Cono Sur (MERCOSUR), Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (SE-COMISCA), Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

⁴ Se puede obtener información de las siguientes fuentes:

- Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN):
http://www.who.int/foodsafety/fs_management/infosan/en/index.html.
- Red Mundial sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria (GFN)
http://thor.dfvf.dk/portal/page?_pageid=53,1&_dad=portal&_schema=PORTAL.
- PulseNet: <http://www.pulsenetinternational.org/networks/Pages/latinamerica.aspx>.
- Red de centros de toxicología:
http://www.who.int/gho/phe/chemical_safety/phe_poison_centres_20110701.xls.
- Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional (SAICM) del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente:
<http://www.saicm.org/documents/List%20of%20SAICM%20National%20Focal%20Points%20web.doc>.
- Red de Emergencias Químicas de Latinoamérica y el Caribe (REQUILAC):
<http://www.bvsde.paho.org/requilac/e/miembros.html>.
- Red de Toxicología de Latinoamérica y el Caribe (RETOXLAC):
<http://www.bvsde.paho.org/bvstox/e/retoxlac/review.html>.
- Red de Preparación y Asistencia Médica para las Situaciones de Emergencia relacionadas con la Radiación (REMPAN):
http://www.who.int/ionizing_radiation/a_e/rempan/REMPAN_directory_2007.pdf.

Región, como parte del acuerdo de cooperación para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles mediante los viajes aéreos (CAPSCA por su sigla en inglés).⁵

8. La OPS se asoció con el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) a fin de impartir un taller para fortalecer la infraestructura nacional con respecto a la seguridad radiológica y la protección de las fuentes radiactivas en los países miembros de la Comunidad del Caribe (CARICOM). Este taller tuvo lugar del 11 al 15 de junio del 2012 en Jamaica.

9. Durante la sesión sobre la vigilancia integrada que tuvo lugar en la 16.^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA) —que la OPS convocó en julio del 2012 en Chile— la Organización usó el marco del RSI para fomentar aun más la colaboración intersectorial con los organismos y las organizaciones internacionales. La reunión se centró en la interfaz entre animales y seres humanos, y se promovió la concientización acerca de las obligaciones nacionales frente al RSI en los sectores distintos del de la salud.⁶

10. La OPS sigue fortaleciendo la alianza con el centro colaborador de la OMS para el fortalecimiento de la capacidad nacional de vigilancia y respuesta de acuerdo con el RSI, en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). Otros esfuerzos realizados por la OPS a fin de brindar acceso al nivel más alto de conocimientos técnicos especializados incluyen la participación del centro colaborador de la OMS durante la gestión de eventos específicos y el proceso de toma de decisiones relacionado con la prórroga de la fecha límite del 2012.

11. En junio del 2011, la OPS desempeñó una función facilitadora en el proceso para establecer el componente regional de la Red Mundial OMS de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (conocida como GOARN por su sigla en inglés).

12. Para promover el intercambio de experiencias y mejores prácticas entre los Estados Partes en la Región —así como para determinar los retos y las soluciones en común— la OPS organizó la *Segunda reunión regional sobre la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en las Américas*, que tuvo lugar en Cancún (México), el 1 y 2 de septiembre del 2011.

13. La Copa Mundial de Fútbol de la FIFA y los Juegos Olímpicos de Verano, de los que Brasil será la sede en el 2014 y el 2016, respectivamente, constituirán una oportunidad más de forjar alianzas y acelerar la preparación en materia de salud pública en la Región. Con este fin, la OPS y el Ministerio de Salud de Brasil organizaron el 12 y

⁵ Para información acerca de los países que integran el acuerdo CAPSCA se puede consultar: <http://www.capsca.org/AmericasEventsRefs.html>.

⁶ Por ejemplo, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE).

13 de diciembre del 2011 en Brasilia (Brasil) la *I Reunión Latinoamericana sobre las acciones del Sector Salud para eventos masivos/ V Reunión de la Comisión de Salud para la Copa del Mundo FIFA 2014*.

Fortalecimiento de los sistemas nacionales de prevención, vigilancia, control y respuesta a las enfermedades, y de la seguridad sanitaria en los viajes y el transporte

14. De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 5 y 13 del Reglamento, así como en el anexo 1, los Estados Partes deben haber evaluado sus capacidades básicas de vigilancia y respuesta, incluido en los puntos de entrada designados, a más tardar, el 15 de junio del 2009. Además, deben haber elaborado un plan nacional de acción con respecto al RSI para lograr las capacidades básicas a más tardar el 15 de junio del 2012 y deben haber institucionalizado los mecanismos para mantenerlas después de esa fecha.

15. Las fechas límite estipuladas en el Reglamento deben considerarse más bien como hitos en un proceso en curso de preparativos en materia de salud pública. Sin embargo, es un reto cumplir con las fechas previstas. Por consiguiente, en cumplimiento de las disposiciones mencionadas anteriormente que permiten que la fecha prevista se amplíe hasta el 15 de junio del 2014 en una primera instancia, tanto la OMS como la OPS informaron a los Estados Partes en septiembre del 2011 acerca de los procedimientos a fin de solicitar la prórroga.

16. A ese efecto, desde febrero del 2012 la OPS ha estado manteniendo reuniones, tanto presenciales como virtuales con las autoridades nacionales. A fin de velar por la transparencia y la rendición de cuentas durante esas reuniones, todos los Estados Partes fueron invitados a comunicar a la OPS/OMS su posición acerca de cualquier posible prórroga antes de la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud y a más tardar el 15 de junio del 2012. De manera análoga, en un primer intento de compilar la lista de los puntos de entrada designados que se prevé que cuenten con una función de respuesta, se invitó a los Estados Partes a que comunicaran explícitamente la lista de los puntos de entrada designados que han logrado establecer las capacidades básicas o que necesitan una ampliación del plazo.

17. Como se había previsto en el *Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009*, que se sometió a la consideración de la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, “muchos Estados Partes carecen de las capacidades básicas para detectar, evaluar y notificar posibles amenazas sanitarias ni tampoco dan indicios de poder cumplir sus obligaciones en materia de planes e infraestructura para 2012, el plazo especificado por el RSI” (3). El 15 de junio del 2012 era la fecha límite para que los Estados Partes solicitaran una prórroga con respecto al plazo del 2012. Al 11 de julio del

2012,⁷ a nivel mundial 90 (46%) de los 194 Estados Partes habían solicitado y obtenido una prórroga con respecto a la fecha límite del 2012. En la Región de las Américas, al 11 de julio del 2012, 28 de los 35 Estados Partes habían solicitado y obtenido la prórroga, cinco habían determinado que las capacidades básicas estaban presentes y dos no habían comunicado oficialmente su decisión.

18. El estado de las capacidades básicas en la Región es bastante heterogéneo entre las subregiones, como puede observarse en el panorama que surge de la interacción directa con las autoridades nacionales así como del informe anual de los Estados Partes presentado a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud por 31 de los 35 Estados Partes (89%) al 18 de mayo del 2012.⁸ En el cuadro que figura en el anexo se muestra el valor promedio por subregión con respecto a las capacidades básicas (en porcentaje), tal como se define en el documento de la OMS denominado *IHR Core Capacity Monitoring Framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties* [marco para el monitoreo de las capacidades básicas del RSI: lista de verificación e indicadores para el monitoreo de los avances en el establecimiento de las capacidades básicas en los Estados Partes] (4), y en el que se sientan las bases del formato propuesto por la OMS para presentar los informes a la Asamblea Mundial de la Salud. La situación actual a nivel mundial y en otras regiones se presentó a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud (2012) en el documento *Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe de la Directora General* (5).

19. Los puntos débiles más críticos detectados incluyeron las siguientes áreas: emergencias radiológicas, eventos químicos, puntos de entrada, recursos humanos y grado de preparación. Con cierto grado de variación, estas áreas han sido reflejadas y abordadas en los planes nacionales de acción con respecto al RSI presentados por los Estados Partes, junto con su solicitud de prórroga del plazo límite del 2012. A medida que la OPS termina con el análisis de los planes presentados, se deberán poner en marcha importantes esfuerzos de movilización de recursos a nivel internacional a fin de brindar apoyo a los Estados Partes con respecto a las brechas detectadas.

20. Se deben tener en cuenta algunos aspectos: la variación sustancial que se observa entre los Estados Partes en cuanto a la capacidad y la calidad del enfoque adoptado para

⁷ De los Estados Partes correspondientes a la Región de las Américas, Estados Unidos de América tiene una fecha límite actual del 18 de julio del 2012 puesto que el Reglamento entró en vigor el 18 de julio del 2007.

⁸ El estado de presentación del informe anual de los Estados Partes de cada país (en adelante, el “informe”) ante la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud al 15 de abril del 2012 es el siguiente:

- República Dominicana, Perú, Uruguay y Venezuela todavía no habían presentado el informe.
- Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia y Paraguay presentaron el informe usando la herramienta del MERCOSUR y posteriormente migraron los datos de las secciones pertinentes al formato propuesto por la OMS de conformidad con el acuerdo con el Grupo Técnico de Trabajo para la Vigilancia y Respuesta de UNASUR.
- Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago habían presentado el informe usando versiones modificadas del formato propuesto por la OMS.

el proceso de planificación con respecto al grado de participación y compromiso intersectorial; el alcance de las capacidades abordadas en el plan; el establecimiento de prioridades de los componentes encaminados a asegurar la sostenibilidad de las capacidades logradas; el estado y la integración del plan dentro del contexto de la estrategia nacional de salud, los procesos de planificación, los ciclos financieros y los mecanismos de seguimiento y evaluación; las estrategias previstas sobre el uso el plan como una herramienta de movilización de recursos; y la función del seguimiento y la evaluación en la ejecución de dicho plan.

21. El alto grado de rotación que se registra en el personal sanitario, que se extiende a las instituciones de los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el RSI, dificulta que el sector pueda formar una capacidad de recursos humanos sostenible. En algunos países con poblaciones pequeñas y una capacidad de gobierno limitada, es común que una misma persona tenga a su cargo una variedad de responsabilidades. Estos retos obstaculizan los esfuerzos y las inversiones que están efectuando tanto la Organización como los socios desde que el Reglamento entró en vigor. El *Plan regional de la OPS para la capacitación epidemiológica en las Américas 2010* debe revitalizarse como un intento de establecer y mantener las competencias en epidemiología de campo de acuerdo con los modelos que mejor se ajusten a cada contexto nacional.

22. En cumplimiento de las recomendaciones formuladas en el *Informe del Comité de Examen sobre el Funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009*, y en respuesta a la solicitud presentada por diversos Estados Miembros de la OMS en la 130.^a reunión del Consejo Ejecutivo. La sede de la OMS y las oficinas regionales llevaron a cabo un análisis de los factores que limitan el progreso de los países, para lograr las capacidades básicas nacionales, así como de todas las medidas posibles que la OPS/OMS debería tomar para superar estos obstáculos. El análisis completo se presentó ante la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud (2012) en el informe denominado *Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), Informe sobre el desarrollo de las capacidades nacionales básicas requeridas de conformidad con el Reglamento (6)*. Este informe llevó a la elaboración y la aprobación de la resolución WHA65.23 sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (7). En esta resolución se detallan las medidas que deben adoptar los Estados Partes y la Secretaría de la OMS para garantizar la ejecución de los planes nacionales de acción con respecto al RSI y para definir los procedimientos de seguimiento conexos. En previsión de las solicitudes adicionales de prórroga para el 2016 de la fecha límite para establecer las capacidades básicas, se convocará a un Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 50 del Reglamento.

Fortalecimiento de los sistemas regionales y mundiales de alerta y respuesta de la OPS/OMS

23. La OPS actúa como punto de contacto de la OMS para el RSI para la Región de las Américas facilitando el proceso de manejo de eventos de salud pública, lo que incluye detección y evaluación de riesgos, respuesta y comunicación de riesgos. En el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2011, se detectó y evaluó un total de 196 eventos de salud pública de posible importancia internacional. En 94 de los 196 eventos considerados (48%), las autoridades sanitarias nacionales —por conducto del Centro Nacional de Enlace— fueron la fuente inicial de información. En los 102 eventos restantes, menos dos, se solicitó y se obtuvo verificación de los CNE. De los eventos considerados, 82 (42%) fueron realmente de importancia internacional para la salud pública y afectaron a 22 Estados Partes en la Región. La mayor proporción de estos eventos se atribuyó a riesgos infecciosos (52 eventos, 63%): la etiología registrada con mayor frecuencia fueron los casos importados de sarampión (10), los virus de la influenza (9) y el dengue (6). Seguidos de los eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos (11), los eventos zoonóticos (8), los eventos de origen indeterminado (5), los eventos relacionados con productos (3), los eventos que ocurrieron en un contexto de desastre (2) y un único evento relacionado con una amenaza radionuclear.

24. La OPS sigue prestando apoyo a las autoridades de Haití y de la República Dominicana en sus esfuerzos para controlar el brote de cólera. El 11 de enero del 2012, el Presidente de Haití y el de la República Dominicana —junto con la OPS/OMS, el UNICEF y los CDC— hicieron un llamado a fin de recibir importantes inversiones internacionales, para obras de infraestructura de agua y saneamiento para eliminar el cólera de la Hispaniola.⁹ Este llamado estuvo seguido de una reunión binacional, que contó con la presencia de la Subdirectora de la OPS y se celebró en Haití en marzo del 2012, con el objeto de armonizar los planes nacionales de acción sobre el cólera de Haití y de la República Dominicana.

25. Durante el período considerado, la OPS apoyó a las autoridades nacionales en sus esfuerzos para responder a varios brotes en la Región, para lo que movilizó expertos de las instituciones de la red regional GOARN.

26. En el marco de la regionalización de la red GOARN, se realizó un ejercicio para extraer las enseñanzas de varias respuestas realizadas en conjunto por la OPS y los CDC. El ejercicio se realizó en Atlanta (Georgia, Estados Unidos), en mayo del 2012.

⁹ *Llamado a la acción: La Hispaniola sin cólera*; véase <http://new.paho.org/colera/?p=17&lang=es>.

Respaldo de los derechos, obligaciones y procedimientos; realización de estudios y vigilancia de los progresos

27. Varios países examinaron las disposiciones del Reglamentos y armonizaron sus propias disposiciones dentro el marco jurídico y normativo nacional. No obstante, queda el reto para los países de aprobar y hacer cumplir las normas y las leyes modificadas. Con ese fin, la OPS organizó un taller sobre legislación y el RSI para los países del Caribe Oriental, que tuvo lugar en Bridgetown (Barbados), el 22 y 23 de noviembre del 2011.

28. En el 2011, los 35 Estados Partes de la Región presentaron su confirmación anual de la información de contacto del CNE o actualizaron la información correspondiente. Al 31 de marzo del 2012, la Lista de Expertos del RSI incluye a 309 expertos, de los cuales 71 son de la Región de las Américas. En el 2011, fueron puestos en marcha procedimientos para la renovación o la discontinuación de la membresía de los expertos en esta lista (que es válida durante cuatro años).

29. Hasta el 31 de marzo del 2012, 412 puertos en 19 Estados Partes de la Región de las Américas estaban autorizados para emitir certificados de sanidad a bordo. La lista de los puertos autorizados se actualiza regularmente y se publica en línea.¹⁰

30. En el 2011, 15 Estados Partes de la Región informaron a la OMS acerca de sus requisitos de vacunación para los viajeros. Esta información ya se ha incluido en la edición 2012 de la publicación de la OMS *Viajes internacionales y salud* (8). La OPS ha adoptado medidas para aumentar la transparencia y participación en los procedimientos relativos a la definición de las áreas de riesgo de transmisión de la fiebre amarilla. Para actualizar los requisitos de vacunación de los viajeros internacionales contra la fiebre amarilla, se espera que a nivel mundial se adopte un procedimiento en dos pasos, y que se refleje en la edición del 2013 de esta publicación.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, DC (Estados Unidos). Washington, DC: OPS; 2011 (documento CD51/INF/5) [consultado el 25 de marzo del 2012]. Se puede encontrar en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14422&Itemid=.

¹⁰ La lista de los puertos autorizados se puede consultar en http://www.who.int/ihr/training/ihr_authorized_ports_list.pdf.

2. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005): Áreas de trabajo para su aplicación. Ginebra: OMS, 2007 [consultado el 25 de marzo del 2012]. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf>.
3. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009 [Internet]. 64.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 21 al 26 de mayo del 2011; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2011 (documento A64/10) [consultado el 25 de marzo del 2012]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf.
4. World Health Organization. IHR Core Capacity Monitoring Framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [consultado el 25 de marzo del 2012]. Se puede encontrar en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HSE_IHR_2011.6_eng.pdf.
5. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe de la Directora General [Internet]. 65.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 21 al 26 de mayo del 2012; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2012 (documento A65/17) [consultado el 5 de abril del 2012]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_17-sp.pdf.
6. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe sobre el desarrollo de las capacidades nacionales básicas requeridas de conformidad con el Reglamento. Informe de la Secretaría [Internet]. 65.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 21 al 26 de mayo del 2012; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2012 (documento A65/17 Add. 1) [consultado el 6 de julio del 2012]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_17Add1-sp.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). 65.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 21 al 26 de mayo del 2012; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2012 (resolución WHA65.23) [consultado el 6 de julio del 2012]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_17Add1-sp.pdf.
8. Organización Mundial de la Salud. Viajes internacionales y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 18 de mayo del 2012]. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/ith/es/index.html>.

CAPACIDADES BÁSICAS VALORES PROMEDIO (%) POR SUBREGIÓN

Capacidad	Subregión				Región de las Américas ⁵
	<i>América del Norte</i> ¹	<i>Caribe</i> ²	<i>Centroamérica</i> ³	<i>América del Sur</i> ⁴	
Legislación nacional, política y financiamiento	92%	42%	71%	81%	64%
Coordinación y comunicación con los Centros Nacionales de Enlace	82%	68%	87%	70%	74%
Vigilancia	90%	79%	78%	71%	78%
Respuesta	88%	79%	75%	75%	78%
Preparación	68%	51%	57%	62%	57%
Comunicación de riesgo	76%	76%	69%	67%	72%
Recursos humanos	100%	47%	42%	58%	55%
Laboratorio	80%	66%	78%	78%	73%
Puntos de entrada	71%	56%	56%	41%	46%
Eventos zoonóticos	82%	77%	78%	78%	78%
Eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos	92%	71%	59%	68%	70%
Eventos de origen químico	75%	32%	35%	54%	43%
Emergencias por radiación	86%	19%	50%	43%	39%

¹ La subregión de América del Norte comprende Canadá, México y Estados Unidos; la tasa de respuesta fue de 3 de los 3 Estados Partes (100%). En el cuadro se incluye la información proporcionada por los 3 Estados Partes.

² La subregión del Caribe comprende Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago; la tasa de respuesta fue 13 de los 13 Estados Partes (100%). En el cuadro se incluye la información proporcionada por 12 Estados Partes.

³ La subregión de Centroamérica comprende Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; la tasa de respuesta fue de 6 de los 7 Estados Partes (86%). En el cuadro se incluye la información proporcionada por 6 Estados Partes.

⁴ La subregión de América del Sur comprende Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela; la tasa de respuesta fue de 9 de los 12 Estados Miembros (75%). En el cuadro se incluye la información proporcionada por 9 Estados Partes. La información relativa a la capacidad de vigilancia y respuesta de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia y Paraguay se presentó utilizando el formato desarrollado por el MERCOSUR y se convirtió al formato de la OMS. La información relativa a los puntos de entrada de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia y Paraguay se presentó en un formato que no permitió la conversión al formato de la OMS.

⁵ Para la Región de las Américas en su totalidad, la tasa de respuesta fue de 32 de los 35 Estados Partes (91%). En el cuadro se incluye la información proporcionada por 30 Estados Partes.