

158.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2016

Punto 7.5 del orden del día provisional

CE158/INF/5
19 de abril del 2016
Original: inglés

APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (RSI)

Antecedentes

1. El Reglamento Sanitario Internacional (RSI), 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.
2. El presente informe tiene como propósito brindar una actualización sobre el estado de la aplicación e implementación del RSI. Además, en él se ofrece información actualizada con respecto al informe presentado en el 2015 al 54.^o Consejo Directivo (I). Se centra en las actividades emprendidas por los Estados Partes y la Oficina Sanitaria Panamericana (la “OSP” u “Oficina”) en respuesta a la emergencia de salud pública de importancia internacional relacionada con el virus del Zika, y pone de relieve algunos temas que requieren una acción concertada por los Estados Partes de la Región de las Américas para la aplicación e implementación futura del Reglamento.

Actualización sobre el progreso alcanzado

3. 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 el Centro Nacional de Enlace 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.

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

4. En el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015, se detectaron y evaluaron en la Región 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).

5. 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 siete ocasiones. En su última reunión de febrero 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, por lo que 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)** 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. Dada 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 reemergencia del **virus del Zika** —un virus, similar al virus del dengue y al del chikunguña, transmitido por vectores, específicamente por mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*— 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 nordeste del país; para fines de abril del 2015, se habían registrado casi 7.000 casos. 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 compartieron con 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 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 de trastornos neurológicos y malformaciones congénitas. Con base en su asesoramiento, la Directora General determinó que el evento era una emergencia de salud pública de importancia internacional. Las recomendaciones temporales formuladas, incluidas las recomendaciones formuladas después de la segunda reunión del Comité el 8 de marzo del 2016, se centraron en:

- 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 comprendan la vigilancia, la definición de casos de “infección congénita por el virus del Zika” y el intercambio de información rápida y transparente; medidas de control de vectores; 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 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).
- Al 8 de abril del 2016, 34 países y territorios de la Región de las Américas habían confirmado la transmisión autóctona por vector del virus del Zika. Brasil, Colombia, Martinica y Panamá notificaron datos probatorios de la infección congénita por el virus del Zika con malformaciones de sistema nervioso central fetal. La gran mayoría de los casos se produjo en Brasil: más de 1.000 casos confirmados (93% concentrados en los estados del nordeste del país) y más de 4.000 casos bajo investigación (75% en los estados del nordeste). Se han confirmado o se están estudiando menos de 50 casos en Colombia, Martinica y Panamá. Doce países y territorios en la Región confirmaron infección por el virus del Zika en al menos un caso de síndrome de Guillain-Barré, y cinco de ellos también notificaron aumentos de los casos de síndrome de Guillain-Barré.

6. 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, que 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 (2). 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.

7. Dentro del marco descrito anteriormente, las actividades emprendidas por la Oficina al 8 de abril del 2016 incluyen:

- 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 nuevas facetas técnicas relacionadas 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; además, se envió una misión relacionada con los preparativos para los XXXI Juegos Olímpicos de Verano y Juegos Paralímpicos, que se celebrarán en Rio de Janeiro (Brasil), del 5 de agosto al 21 de septiembre del 2016;
- 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 por su sigla en inglés), incluida una asociación fundamental con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos;

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).

- 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 las necesidades a fin de elaborar un programa de investigación sobre el brote del virus del 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 dedicado de la OPS sobre el virus del Zika que presenta información adaptada a diferentes públicos.³

8. 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 de los Estados Partes

9. 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. Desde que se instituyó la presentación de informes en su formato actual en 64.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2011, ocasión en que la tasa de respuesta fue de 51% (18 de 35 Estados Partes), en el 2016 por primera vez todos 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.

10. 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 15%. Con excepción de las capacidades para responder a

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

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

11. 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, Aruba, Curaçao y San Martín.

12. 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 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), en la Sexta Reunión para las Américas celebrada en Panamá en septiembre del 2015; con la Asociación del Transporte Aéreo Internacional (IATA), con actividades que se centran en la certificación y recertificación de profesionales nacionales con respecto al envío internacional de muestras, y con 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), 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 de la 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, Panamá y Paraguay, y con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) se organizó un taller intersectorial en Costa Rica.

13. 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 (3). 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.

14. 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— entrará en vigor en julio del 2016 (4). De acuerdo con la resolución WHA68.4 (5), 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”. (6).

15. Al 8 de abril del 2016, la Lista de Expertos del RSI incluía 435 expertos, 123 de los cuales son de la Región de las Américas, incluidos ocho designados por el Estado Parte respectivo (Barbados, Brasil, Estados Unidos, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela).

16. En las recomendaciones del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI (7), adoptadas por la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud por medio de la resolución WHA68.5 (8), se señala que la Secretaría deberá crear un nuevo marco de monitoreo y evaluación, que “las oficinas regionales de la OMS deben intervenir activamente a la hora de definir cualquier nuevo dispositivo de monitoreo y evaluación, que después se propondrá a todos los Estados Partes por conducto de los órganos deliberantes de la OMS” y que “la aplicación del RSI debe trascender ahora [...] para abordar la evaluación periódica de las capacidades funcionales desde planteamientos de carácter más práctico”.

17. En cumplimiento de estas recomendaciones, la Secretaría de la OMS elaboró una nota conceptual (9), 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 (10), así como en el informe de los Comités Regionales al Consejo Ejecutivo en su 138.^a reunión (11), el marco propuesto de monitoreo y evaluación del RSI fue considerado por los Estados Miembros como una base sólida y al que debería dársele 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.

18. Para facilitar la revisión y la finalización del marco de monitoreo 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 (12), con la participación de expertos de Barbados, Brasil y los 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. Sin embargo, la

Secretaría de la OMS ha dedicado recursos extraordinarios para coordinarse con los asociados (por ejemplo, la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial) para crear una herramienta relacionada con uno de los cuatro componentes: la herramienta de evaluación externa conjunta. Al 8 de abril del 2016, no se había suministrado ninguna información a las oficinas regionales de la OMS acerca de la posible presentación del marco de monitoreo y evaluación del RSI a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016.

Medidas recomendadas para mejorar la situación

19. A medida que la propagación del virus del Zika sigue avanzando progresivamente, está revelando simultáneamente sus implicaciones éticas y retos polifacéticos para la salud pública, a corto y largo plazo, a los niveles nacional y regional, y abarcando 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, destacando que la capacidad de los países para responder a riesgos que emergen y evolucionan rápidamente requiere sistemas de salud resilientes en los cuales las funciones esenciales de salud pública —las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI— deben representar 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 4.4 del orden del día provisional del Comité Ejecutivo en su 158.^a sesión) constituye un primer paso.

20. 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 4.10 del orden del día provisional del Comité Ejecutivo en su 158.^a sesión).

21. Especialmente en el contexto de la reforma de la labor de la OMS en brotes y emergencias, el trabajo del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de enfermedad por el virus del Ébola y en la respuesta que se le ha dado, podría tener un fuerte impacto en los Estados Partes y en la Secretaría de la OMS cuando se trate de determinar si el RSI cobrará importancia como herramienta de apoyo al proceso continuo de preparación en salud pública como parte de un enfoque de fortalecimiento holístico de los sistemas de salud. También forman parte de este Comité de Examen miembros de Canadá y Jamaica. El Comité deberá presentar un informe a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. Al 8 de abril del 2016, aún no se había puesto a disposición de los Estados Miembros ni de las oficinas regionales un avance del informe.

Intervención del Comité Ejecutivo

22. Se invita al Comité a que tome nota de este informe y a que formule cualquier recomendación que considere pertinente.

Anexo

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. 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
3. 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://who.int/ihr/ports_airports/ihr_authorized_ports_list.pdf?ua=
y en http://www.who.int/ihr/ports_airports/portslanding/es/
4. 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 20 de marzo del 2015]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R13-sp.pdf.
5. 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 20 de marzo del 2015]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_R5-sp.pdf.

6. Organización Mundial de la Salud. Viajes internacionales y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 20 de marzo del 2015]. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/ith/es/>
7. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI [Internet]. 136.^a reunión del Consejo Ejecutivo; del 26 de enero al 3 de febrero del 2015, Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2015 (documento EB136/22, Add. 1) [consultado el 20 de marzo del 2015]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-sp.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. The recommendations of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation [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/A68_R5-en.pdf
9. 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
10. 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
11. Organización Mundial de la Salud. Informe de los Comités Regionales al Consejo Ejecutivo, 138.^a sesión 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.
12. 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 [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 8 de abril del 2016].
Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197623/1/WHO_HSE_GCR_2015.15_eng.pdf?ua=1.

Anexo

**Cuadro resumen: Informes anuales de los Estados Partes ante la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud
(puntuaciones de 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	93	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	24	100	100	100	100
Granada	sí	sí	4	100	83	95	69	33	86	60	49	49	100	67	46	15
Guatemala	sí	no	5	50	83	100	94	80	100	100	100	88	100	87	77	69

**Cuadro resumen: Informes anuales de los Estados Partes ante la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud
(puntuaciones de capacidades básicas en porcentajes) (cont.)**

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
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 resumen: Informes anuales de los Estados Partes ante la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud
(puntuaciones de 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	75	100	98	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.

- - -